

**HÉLDER JAIME
FERNANDES**

UTILIZAÇÃO DE RECURSOS EM LAR DE IDOSOS



**Universidade de
Aveiro
2015**

Secção Autónoma de Ciências da Saúde



Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

**HÉLDER JAIME
FERNANDES**

UTILIZAÇÃO DE RECURSOS EM LAR DE IDOSOS

Tese apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Gerontologia e Geriatria, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor José Ignacio Guinaldo Martín, Professor Auxiliar da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro, e co-orientação do Professor Doutor José Manuel Mayán Santos, Professor Catedrático da Universidad de Santiago de Compostela.

Apoio financeiro da Fundação
para a Ciência e Tecnologia
através da bolsa PROTEC com
a referência
SFRH/PROTEC/67385/2010.

Dedico este trabalho à minha família.

Dedico ainda ao Sr. Zenha por me ter encaminhado para o estudo do envelhecimento e da velhice, especificamente em contexto institucional.

o júri

Presidente

Prof. Doutor Amadeu Mortágua Velho da Maia Soares

Professor Catedrático da Universidade de Aveiro

Vogais

Prof. Doutor José Manuel Mayán Santos

Professor Catedrático da Escola Universitária de Enfermaria de Santiago de Compostela, Espanha

Prof. Doutor José Adriano Gomes Pires

Professor Coordenador com Agregação da Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico de Bragança

Prof. Doutor José Ignacio Guinaldo Martin

Professor Auxiliar da Universidade de Aveiro

Prof.^a Doutora Vera Mafalda Gomes Duarte

Professor Auxiliar Convidada da Universidade da Beira Interior

Prof.^a Doutora Paula Cristina Pelicano Alves Rodrigues da Silva

Professor Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria

Prof.^a Doutora Carla Maria Gomes Marques de Faria

Professor Adjunta da Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Prof.^a Doutora Assunção das Dores Laranjeira de Almeida

Professor Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

agradecimentos

Ao Professor Doutor José Ignacio Guinaldo Martin pela disponibilidade, pela partilha de conhecimentos, pela motivação inculcada.

Ao Professor Doutor José Manuel Mayán Santos pela exigência, pelos conselhos e sugestões.

Ao José Carlos Marinho Pinto pela parceria na recolha dados.

Aos diretores técnicos das instituições que acreditaram desde o início na potencialidade deste tipo de trabalho, e que aceitaram prontamente colaborar autorizando a recolha de dados.

Aos profissionais que trabalham nestas instituições com os quais contactei durante este trabalho, pela amabilidade e disponibilidade demonstrada.

Aos utentes, pela colaboração e partilha.

palavras-chave

envelhecimento, institucionalização, recursos, gestão

resumo

A utilização de recursos em lares de idosos tem sido uma problemática atual, relacionada com a importância da gestão, sustentabilidade e da qualidade dos serviços prestados nestas instituições.

Este estudo visa avaliar a utilização de recursos em lar de idosos através do RAI (Resident Assessment Instrument – Minimum Data Set 3.0) e RUG –III (Resource Utilization Groups). Partiu-se de três objetivos que são: descrever as características dos utentes residentes em lares de idosos a partir do protocolo RAI-MDS 3.0; analisar a distribuição da amostra segundo o sistema de classificação do RUG-III (44 grupos); criar um sistema de classificação com base nas variáveis avaliadas com o RAI-MDS 3.0.

A amostra é constituída por seis instituições, que perfaz um total de 270 idosos, dos quais 245 acederam a preencher o RAI-MDS 3.0. Esta amostra é constituída maioritariamente por mulheres (70,2%), viúvas (56,7%), com baixo nível de literacia (87,0% inferior ou igual à 4ª classe), com oitenta ou mais anos (63,3%), com baixos rendimentos (59,3% inferior a 400€), mas com baixos níveis de dependência nas atividades de vida diária (56% com score no índice de AVD do RUG-III correspondente à independência total). As patologias mais frequentes a hipertensão arterial, dislipidémia e diabetes mellitus (48,6%, 21,2% e 18,0% respetivamente).

Partindo das 485 variáveis do RAI-MDS os utentes foram classificados no sistema de classificação RUG-III. Verificou-se que uma grande parte da amostra ficou classificada no grupo com mais baixa utilização de recursos (48,1%), e muitos dos grupos do RUG-III ficaram sem indivíduos, sendo que apenas 4 grupos obtiveram mais de 10 indivíduos. A variância na utilização de recursos explicada pelo RUG-III foi de 30,2%, inferior à encontrada na maioria dos estudos sobre a aplicação do RUG-III. O sistema de classificação criado possui seis grupos, e consegue explicar 44% da variância na utilização de recursos, utilizando para tal apenas quatro variáveis.

Conhecer as necessidades dos utentes e o apoio financeiro prestado às instituições de cuidados de longa duração, permite uma avaliação do impacto das políticas no âmbito institucional bem como priorizar os gastos e tomadas de decisões.

keywords

aging, institutionalization, resources, management

abstract

The utilization of resource in nursing homes has been a current problem related to the importance of management, sustainability and quality of services provided in these institutions.

This study aims to evaluate the utilization of resources in nursing home by RAI (Resident Assessment Instrument - Minimum Data Set 3.0) and RUG-III (Resource Utilization Groups). We started from three goals: describe the characteristics of users residents in nursing homes from the RAI-MDS 3.0 protocol; analyze the distribution of the sample according to the classification system of the RUG-III (44 groups); create a classification system based on the variables assessed with the RAI-MDS 3.0.

The sample consists of six institutions, making a total of 270 elderly, of which 245 agreed to complete the RAI-MDS 3.0. This sample consists mainly of women (70.2%), widowed (56.7%), in low levels of literacy (87.0% less than or equal to 4th grade), eighty years or more (63.3%), low income (59.3% less than 400 €), but with low levels of dependence in activities of daily living (56% score in the ADL index RUG-III corresponding to the total independence), the most frequent pathologies hypertension, dyslipidemia and diabetes mellitus (48.6%, 21.2% and 18.0% respectively).

Starting from the 485 variables from the RAI-MDS subjects were classified as RUG-III classification system. It was found that a large part of the sample classified in the group with the lowest resource use (48.1%) and many of the RUG-III groups were no subjects, with only four groups had more than 10 subjects. The variance in resource utilization explained by RUG-III was 30.2%, lower than that found in most studies on the implementation of RUG-III. The classification system created has six groups, and can explain 44% of the variance in use of resources, using only four such variables.

Meet the needs of users and the financial support provided to long-term care institutions, allows an evaluation of the impact of policies within the institutional framework and prioritize spending and decision making.

ÍNDICE

Introdução	1
1. Revisão da literatura.....	8
1.1. Envelhecimento e Institucionalização	8
1.2. Instituições de Apoio a Idosos em Portugal	12
1.2.1 Gestão de Recursos em Instituições de Apoio a Idosos	16
1.3. Grupos de Utilização de Recursos.....	17
1.3.1 Sistema de Classificação de Utentes	21
2. Métodos e procedimentos do estudo.....	45
2.1. Justificação do tema	45
2.2. Objetivo do estudo	47
2.3. Metodologia.....	48
2.4. Amostra.....	49
2.5. Instrumentos	50
2.6. Procedimentos	89
3. Resultados.....	91
3.1. Parte I	91
3.1.1 Características da amostra através do RAI-MDS 3.0.....	91
3.1.2 Caracterização da variável dependente	114
3.1.3 Classificação dos idosos com a metodologia do RUG-III ...	115
3.2. Parte II.....	127
3.2.1 Seleção das variáveis do RAI-MDS.....	127
3.2.2 Sistema de classificação	130
4. Discussão	141
5. Conclusões.....	153
Bibliografia.....	157

ANEXOS	179
Anexo I – RAI-MDS (Resident Assessment Instrument - Minimum Data Set)	181
Anexo II – RAI-MDS (versão portuguesa)	221
Anexo III - MDS 3.0 RUG-III v. 5.12 44-Group Classification Tool ..	257
Anexo IV – Syntax/SPSS para a classificação dos utentes no RUG-III a partir do RAI-MSD 3.0	265
Anexo V – Formulário para o registo do tempo utilizado nos cuidados	277
Anexo VI – Artigo de revisão publicado	281

Índice de Figuras

Figura 1 Índice sintético de fecundidade e esperança de vida à nascença: Mundo, 1950-2050 (ONU, 2009)	1
Figura 2 Evolução das respostas sociais por população-alvo, Continente 2000- 2012 (GEP/MTSS, 2012).....	2
Figura 3 Evolução da capacidade das respostas sociais para as Pessoas Idosas, Continente 2000-2012, (GEP/MTSS, 2012).....	4
Figura 4 Pirâmide etária, Portugal, 2012 (estimativas) e 2035 (projeções, por cenários), (INE, 2014)	9
Figura 5 Percentagem de pessoas com 60 ou mais anos institucionalizadas no mundo, (ONU, 2005).	11
Figura 6 Sistema de classificação RUG (Fries & Cooney, 1985)	24
Figura 7 Sistema de classificação RUG II (Schneider et al., 1988)	26
Figura 8 Estatísticas descritivas e distribuição do tempo de prestação cuidados	115
Figura 9 Estatísticas e distribuição do índice AVD do RUG-III	117
Figura 10 Perfil de médias para o logaritmo do tempo total de cuidados por grupo do RUG analisado	121
Figura 11 Árvore de decisão para o tempo de prestação dos cuidados, com base nos indicadores do RAI-MDS.....	131
Figura 12 Gráfico das médias acumuladas obtidas com a árvore de decisão	136
Figura 13 Diagrama de dispersão para os tempos médios obtidos pela árvore e pela regressão linear múltipla.....	139

Índice de Tabelas

Tabela 1.1 Evolução do sistema de classificação RUG	29
Tabela 1.2 Classificação RUG-III	30
Tabela 1.3 Comparação da variância explicada com o RUG-III em diferentes países	42
Tabela 3.1 Caracterização sociodemográfica da amostra	92
Tabela 3.2 Caracterização das capacidades de audição, fala e visão	93
Tabela 3.3 Caracterização do estado mental (avaliação pelo utente)	94
Tabela 3.4 Caracterização do estado mental (avaliação pelo funcionário)	95
Tabela 3.5 Sinais e sintomas de delirium	95
Tabela 3.6 Caracterização do estado de humor (avaliação pelo próprio)	96
Tabela 3.7 Caracterização do estado de humor (avaliação pelo funcionário) ..	97
Tabela 3.8 Caracterização comportamental	98
Tabela 3.9 Caracterização das preferências diárias (avaliação pelo próprio) ..	99
Tabela 3.10 Caracterização das atividades favoritas (avaliação pelo próprio)	100
Tabela 3.11 Caracterização das atividades e preferências (avaliação pelo funcionário)	101
Tabela 3.12 Caracterização do auto-desempenho nas AVD	102
Tabela 3.13 Caracterização do suporte fornecido para as AVD	103
Tabela 3.14 Caracterização de outras dimensões do estado funcional	104
Tabela 3.15 Caracterização do equilíbrio durante as transições e marcha	105
Tabela 3.16 Caracterização dimensões associadas à bexiga e ao intestino .	106
Tabela 3.17 Incidência de doenças ativas	107
Tabela 3.18 Caracterização e avaliação do nível de dor e sofrimento	108
Tabela 3.19 Caracterização de outras condições de saúde e quedas	109
Tabela 3.20 Caracterização de deglutição/nutricional e oral/dental	110
Tabela 3.21 Caracterização das condições da pele	111
Tabela 3.22 Caracterização da medicação administrada aos idosos	112
Tabela 3.23 Caracterização dos tratamentos especiais e procedimentos	113
Tabela 3.24 Distribuição da amostra segundo a classificação do RUG-III (44 grupos) e respetivos CaseMix Índice total, de enfermagem, e de ajudantes de lar	118

Tabela 3.25 ANOVA para o logaritmo do tempo total de cuidados em minutos/mês	120
Tabela 3.26 Estatísticas descritivas para o tempo total de cuidados por grupo do RUG analisado	121
Tabela 3.27 Indicadores gerais de desempenho do modelo de regressão	122
Tabela 3.28 ANOVA para teste da significância global dos coeficientes de regressão	123
Tabela 3.29 Coeficientes de regressão e testes da respectiva significância..	123
Tabela 3.30 Indicadores gerais de desempenho do modelo de regressão com transformação logarítmica do tempo	124
Tabela 3.31 ANOVA para teste da significância global dos coeficientes de regressão com transformação logarítmica do tempo.....	125
Tabela 3.32 Coeficientes de regressão e testes da respectiva significância, com transformação logarítmica do tempo	125
Tabela 3.33 Coeficientes de correlação significantes a 1% para as variáveis do RAI-MDS com o tempo total de prestação dos cuidados	129
Tabela 3.34 Características dos nós da árvore de decisão obtida neste trabalho	132
Tabela 3.35 Critérios de classificação dos idosos nos grupos criados pela árvore de decisão	134
Tabela 3.36 Indicadores individuais e acumulados dos nós terminais da árvore de decisão e estimativa do risco.....	135
Tabela 3.37 Indicadores gerais de desempenho do modelo de regressão com transformação logarítmica do tempo para os grupos obtidos pela árvore	137
Tabela 3.38 ANOVA global dos coeficientes de regressão com transformação logarítmica do tempo para os grupos obtidos pela árvore.....	137
Tabela 3.39 Coeficientes de regressão e testes da respectiva significância, com transformação logarítmica do tempo para os grupos obtidos pela árvore	138
Tabela 3.40 Distribuição dos idosos classificados pela árvore de decisão versus a classificação pelo RUG-III	140

Siglas e Abreviaturas

AID - *Automatic Interaction Detection*

AVD - Atividades de Vida Diária

CMI - Case Mix Index

DRG - Diagnosis-Related Groups

EUA - Estados Unidos da América

GEP/MTSS - Gabinete de Estratégia e Planeamento / Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

MDS- *Minimum Data Set*

ONU - Organização das Nações Unidas

RAI - *Resident Assessment Instrument*

RAI-MDS 3.0 - *Resident Assessment Instrument – Minimum Data Set*

RUG – *Resource Utilization Groups*

RUG-III – *Resource Utilization Groups, version 3*

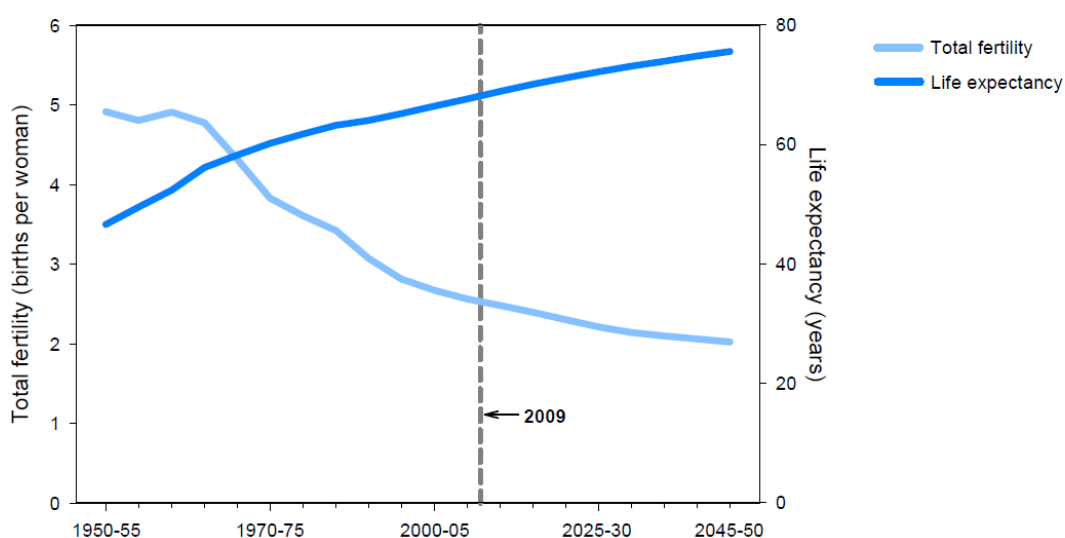
SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*

UNIFAI - Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos

Introdução

A população mundial está a envelhecer (Carpenter, Charles, Phillips, & Mor, 1997), e a população portuguesa não fica fora desta realidade (Resende Oliveira, 2001). O envelhecimento da população é uma realidade cada vez mais preocupante, e tem vindo a agravar-se cada vez mais ao longo dos últimos anos. O envelhecimento populacional é um fenómeno universal, que está a acontecer tanto nos países desenvolvidos como, mais recentemente e de modo progressivo, nos países subdesenvolvidos (Kalache, Veras, & Ramos, 1987).

Figura 1 Índice sintético de fecundidade e esperança de vida à nascença: Mundo, 1950-2050 (ONU, 2009)

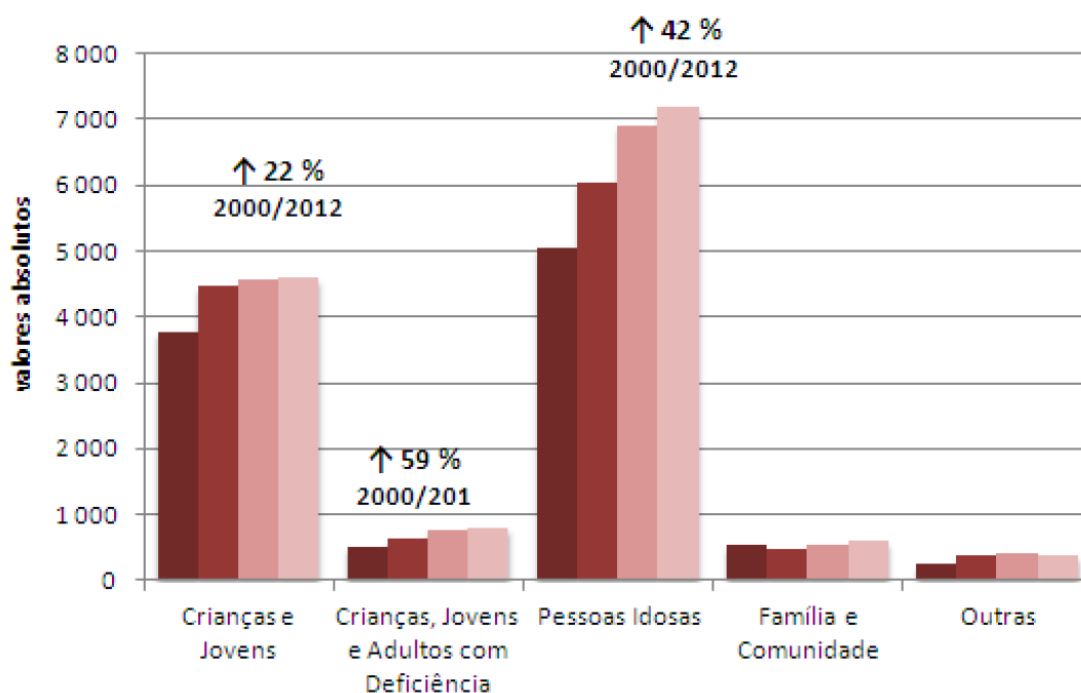


No mundo desenvolvido isto é particularmente verdadeiro para os muitos idosos. Este processo de alteração demográfico explica-se em grande medida pela diminuição da taxa de natalidade e pelo aumento da esperança de vida à nascença, como se pode observar na figura 1.

As previsões apresentadas pela ONU apontam para uma acentuação do envelhecimento global. Esta alteração na sociedade coloca novos desafios de saúde pública, uma vez que grande parte desta população precisa de cuidados de saúde e apoio social de longa duração (Lasch & Reimann, 2006). Estes

cuidados podem ser fornecidos na habitação dos próprios idosos ou em instituições, sejam elas públicas ou privadas. Apesar dos programas desenvolvidos para a prestação deste tipo de cuidados no domicílio, segundo o Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (GEP/MTSS) a institucionalização em Portugal é uma realidade que continua a aumentar (GEP/MTSS, 2009).

Figura 2 Evolução das respostas sociais por população-alvo, Continente 2000-2012 (GEP/MTSS, 2012)



Em Portugal no ano de 2012 as respostas sociais para as pessoas idosas representavam 53,2% do total de respostas sociais existentes, tendo aumentado 42% entre 2000 e 2012 o número de respostas sociais para idosos, conforme se pode verificar na figura 2. Estas respostas sociais incluem várias tipologias. Em Portugal existem como resposta social para pessoas idosas as seguintes tipologias: apoio domiciliário, centro de dia, centro de convívio, centro de noite, acolhimento familiar, estruturas residenciais, e centro de férias e lazer.

O apoio domiciliário é a resposta social que consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas

necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito.

O centro de dia é a resposta social que presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção no seu meio social e familiar, das pessoas com 65 e mais anos.

O centro de convívio é a resposta social de apoio a atividades sociais, recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas, residentes numa determinada comunidade. Tem como objetivos prevenir a solidão e o isolamento, incentivar a participação e inclusão dos idosos na vida social local, fomentar as relações interpessoais e entre as gerações e contribuir para retardar ou evitar ao máximo o internamento em instituições.

O centro de noite funciona em equipamento de acolhimento noturno, dirigido a pessoas idosas com autonomia que, durante o dia permaneçam no seu domicílio e que por vivenciarem situações de solidão, isolamento e insegurança, necessitam de acompanhamento durante a noite. Tem como objetivos acolher durante a noite pessoas com autonomia, assegurar o bem-estar e segurança do utilizador e fomentar a permanência do utilizador no seu meio habitual de vida.

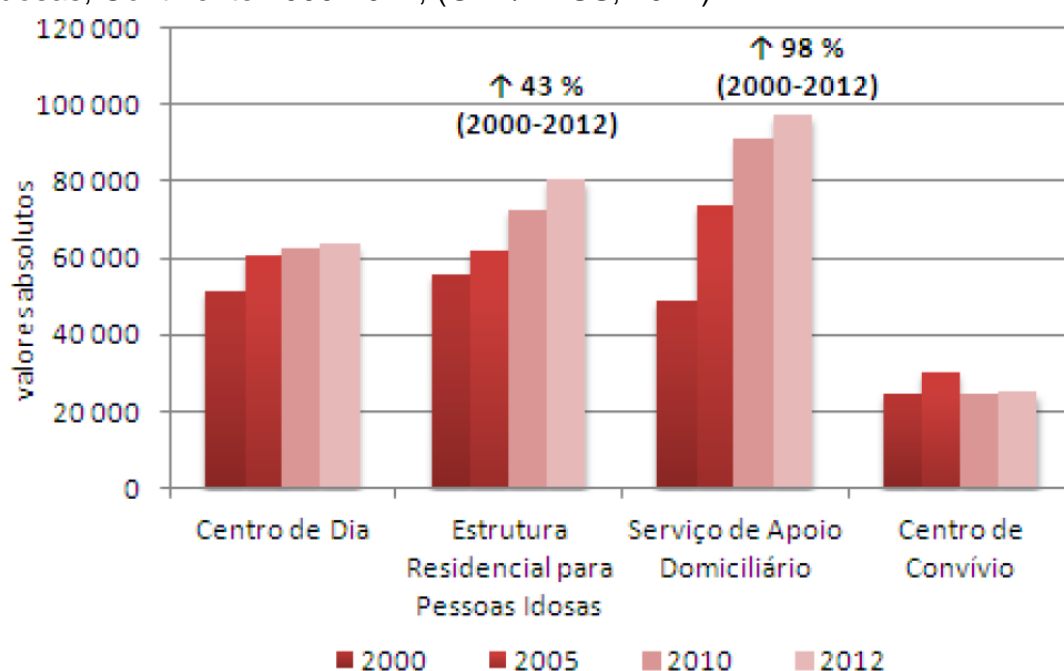
O acolhimento familiar consiste em integrar, temporária ou permanentemente, pessoas idosas em famílias capazes de lhes proporcionar um ambiente estável e seguro. São objetivos desta resposta social acolher pessoas idosas que se encontrem em situação de dependência ou de perda de autonomia, vivam isoladas e sem apoio social e familiar e/ou em situação de insegurança, garantir à pessoa acolhida um ambiente social, familiar e afetivo propício à satisfação das suas necessidades e ao respeito pela sua identidade, personalidade e privacidade, e evitar ou retardar ao máximo o internamento em instituições.

As estruturas residenciais para pessoas idosas, também denominadas anteriormente por lar de idosos, são uma resposta social destinada a alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas. Esta resposta social proporciona serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas, contribuindo para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo, criando condições que

permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar e potenciar a integração social.

O centro de férias e lazer é uma resposta social destinada a todas as faixas etárias da população e à família na sua globalidade para satisfação de necessidades de lazer e de quebra da rotina, essencial ao equilíbrio físico, psicológico e social dos seus utilizadores, podendo também ser utilizada por pessoas idosas.

Figura 3 Evolução da capacidade das respostas sociais para as Pessoas Idosas, Continente 2000-2012, (GEP/MTSS, 2012).



De entre as respostas sociais disponíveis para pessoas idosas, as mais representativas são o apoio domiciliário e as estruturas residenciais para pessoas idosas. A resposta social com maior evolução da capacidade entre 2000 e 2012 foi o serviço de apoio domiciliário, com um aumento de 98%, seguido da resposta estrutura residencial para pessoas idosas, que teve um aumento de 43%, conforme se pode observar na figura 3.

Um dos problemas dos cuidados institucionais é o alto custo que implica o cuidar de uma população cada vez mais frágil, com maiores limitações e níveis de dependência. Esta população envelhecida consome uma maior proporção de cuidados de saúde e de apoio social *per capita* quando em comparação com os jovens, aumentando a carga dos serviços de saúde e

apoio social (Carpenter, Charles, et al., 1997). A prestação de cuidados de qualidade só é possível quando suportada por uma apropriada metodologia de financiamento. No entanto, é difícil projetar uma metodologia para o financiamento destas instituições, uma vez que o sistema de saúde não funciona como um simples mercado, e o financiamento deve ser politicamente negociado (Ikegami, Fries, Takagi, Ikeda, & Ibe, 1994). O custo dos cuidados institucionais vai depender em grande parte do tipo de utente e da qualidade de cuidados prestados (Marin, Hoyl, et al., 2004). As pessoas idosas, cujos problemas de saúde e sociais são diversos e complexos, aumentam significativamente a carga sobre a saúde e serviços sociais, desafiando governos e decisores políticos. Torna-se pertinente desenvolver um meio fiável que facilite a identificação das necessidades, a medição dos resultados e, nessa medida, a eficácia dos serviços prestados. Esta tarefa é, atualmente, dificultada pela variedade de ambientes em que estes serviços são fornecidos e a diversidade de fornecedores.

Paralelamente ao aumento do número de instituições que prestam cuidados de longa duração a pessoas idosas, verifica-se ainda um aumento sua capacidade, assim como um contínuo de taxas de ocupação muito elevadas (GEP/MTSS, 2009). Nestas instituições existem utentes com características muito distintas, tanto sociodemográficas, de condições de saúde, e de contexto social, o que complexifica a sua gestão e organização. Estes pacientes requerem cuidados específicos, que são diferentes de caso para caso. No entanto, é possível reunir estes pacientes em grupos, segundo as necessidades de cuidados de saúde e de apoio social. Para isso é importante o reconhecimento do tipo e amplitude de cuidados que cada paciente necessita, compreender os fatores que influenciam as necessidades de cuidados relativo a um grupo de pacientes, os recursos disponíveis para cuidar desse grupo e o custo desses mesmos recursos. O cálculo do custo dos recursos utilizados por cada utente é uma dificuldade transversal a vários modelos organizacionais e de gestão. Foram já descritas várias abordagens a este problema. Essas abordagens, no entanto, parecem concentrar apenas num tópico, examinando os fatores institucionais, quando na verdade será a necessidade de cuidados individuais um dos principais determinantes do custo (Fries & Cooney, 1985).

Nos EUA, desde a década de 80, tem-se analisado a forma de otimizar recursos económicos e humanos para diminuir o custo dos cuidados mantendo um alto nível de qualidade de cuidados (Carpenter, Main, & Turner, 1995). Assim surgiram os “sistemas de classificação de utentes” (case-mix), sendo uma ferramenta importante para os gestores e políticos no que se refere aos cuidados de saúde e apoio social (Bjorkgren, Fries, Hakkinen, & Brommels, 2004). Este conceito defende que, apesar de cada utente ser único, existem características comuns entre os utentes as quais determinam o nível de serviços e cuidados que os usuários necessitam, e portanto o seu custo para a instituição pode ser, dessa forma, previsível (Brizioli et al., 2003).

Existem dois grandes grupos de sistemas de classificação de utentes: os que dependem do diagnóstico, denominados “diagnosis-related groups – DRG’s” e os que são independentes do diagnóstico, denominados “Resources Utilization Groups – RUG’s” (Carpenter et al., 1995).

O DRG’s constitui um sistema de classificação de doentes internados em hospitais em situação de doença aguda, desenvolvido no final dos anos 60, por uma equipe interdisciplinar de investigadores da Yale University nos EUA, dirigida por Robert B. Fetter e John Thompson. Este grupo de trabalho teve como objetivos investigar nas áreas da gestão, planeamento e revisão de utilização de recursos hospitalares, em 1965, a pedido do programa MEDICARE. Este programa determinava que cada hospital deveria ter uma comissão de revisão da utilização de recursos, assim como um programa para essa revisão (Knapp, 1983). Este sistema de classificação procurou correlacionar os tipos de pacientes atendidos no hospital, com os recursos utilizados durante o período do internamento, criando grupos de pacientes coerentes, do ponto de vista clínico e similares ou homogéneos quanto ao consumo dos recursos hospitalares, denominados DRGs (Mitty, 1988). Para tal, foi desenvolvida uma metodologia que utiliza técnicas estatísticas juntamente com conhecimentos de medicina e dos processos de atendimento hospitalar. Com base nos DRG’s, pode obter-se a mensuração do produto hospitalar, permitindo teoricamente, que se utilize uma abordagem de gestão baseada não só na utilização de produtos, equipamentos, capital e horas de trabalho, como também no controle do processo do trabalho médico (Fetter, Freeman, & Mullin, 1985; Fetter, Shin, Freeman, Averill, & Thompson, 1980; Freeman et al.,

1995). O desenvolvimento deste sistema de classificação teve como objetivo inicial permitir a monitorização da qualidade dos cuidados e tratamentos, e da utilização dos serviços hospitalares. No entanto, no final da década de 70, foi adaptado para ser utilizado como base para o pagamento a hospitais do estado de New Jersey, nos EUA, e a partir de outubro de 1983 foi utilizado para o reembolso baseado num sistema de pagamento prospectivo aos hospitais (Goldfield, 2010).

O DRG's ainda hoje é utilizado e aplicado, no entanto, meramente em cuidados hospitalares e a doentes agudos, por se ter verificado incompatibilidade na aplicação a cuidados de longa duração, como é o caso dos lares de idosos (Bjorkgren, Hakkinen, Finne-Soveri, & Fries, 1999). Os RUG's explicam melhor a utilização de recursos em instituições que prestam cuidados de longa duração a idosos (53% da variância explicada através do RUG II, comparado com 30-35% explicado pelos DRG's) (Carpenter et al., 1995). Torna-se assim pertinente explorar estas ferramentas de gestão noutras contextos e noutras realidades. Neste trabalho pretende-se testar a utilização do sistema de classificação dos RUG's nos lares de idosos portugueses.

Para melhor compreender a realidade atual destas instituições, será explorado no próximo capítulo, capítulo 1, as suas diferentes formas de organização e funcionamento. É ainda feita uma breve abordagem histórica sobre o desenvolvimento destas instituições nos últimos ano. Finalmente são explanados os métodos e instrumentos utilizados para a gestão de recursos nestas instituições.

No capítulo 2 são apresentados os métodos e procedimentos que se seguiram para a conclusão deste estudo. São descritos os objetivos do estudo, a amostra e os instrumentos utilizados.

A apresentação e análise de resultados está exposta no capítulo 3, que se encontra dividido em duas partes: numa primeira parte a apresentação e análise dos dados com a utilização do RUG 44; na segunda parte a exploração da construção de um sistema de classificação semelhante ao RUG 44 específico para esta amostra.

No último capítulo são apresentadas as discussões e conclusões gerais deste estudo.

1. Revisão da literatura

Neste capítulo faz-se a apresentação do estado da arte sobre a utilização de recursos em lares de idosos. Aborda-se o tema do envelhecimento, e as consequências que dele advêm, nomeadamente a institucionalização. Faz-se ainda uma revisão da evolução das instituições que prestam cuidados de saúde e apoio social às pessoas idosas.

1.1. Envelhecimento e Institucionalização

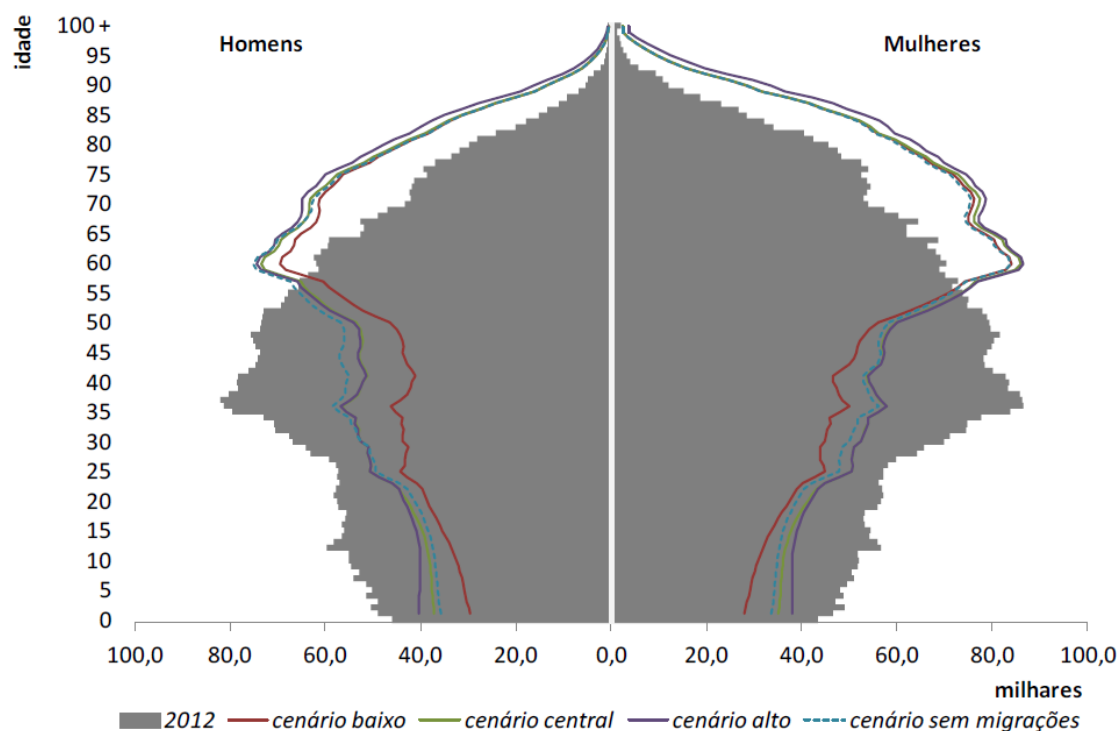
O envelhecimento demográfico que está a acontecer de forma global não tem precedentes na história da humanidade (ONU, 2009). Portugal apresenta atualmente uma população envelhecida, e as previsões apontam para um agravamento desta realidade, resultando num continuado e forte envelhecimento demográfico (INE, 2014), conforme se pode observar na figura 4. Nesta figura está representada a pirâmide etária de Portugal em 2012 e as projeções para 2035 em quatro cenários: baixo, central, alto, e sem migrações.

O progressivo envelhecimento demográfico, decorrente do desenvolvimento socioeconómico, da ciência, da medicina e da tecnologia, é um fenómeno marcante da sociedade moderna, tendo-se notado inicialmente mais nos países desenvolvidos, mas atualmente é mundial. Sendo o aumento da longevidade um fenómeno biológico, psicológico e social, nem sempre este corresponde a um nível de bem-estar ou a um grau de autonomia que possibilite aos idosos uma vida de acordo com as suas necessidades e expectativas (WHO, 2011). O aumento de anos de vida nem sempre é acompanhado pelo aumento da qualidade de vida na idade mais avançada (Lasch & Reimann, 2006). Assim sendo, surge a necessidade da prestação de apoio social e de cuidados de saúde às pessoas idosas (Degenholtz, Kane, Kane, Bershadsky, & Kling, 2006).

A Organização Mundial de Saúde lançou a proposta do envelhecimento ativo, entendido como um processo que se inicia cedo e acompanha as pessoas ao longo da vida, compreendendo essencialmente a otimização das

condições de saúde, participação e segurança. O conceito de envelhecimento ativo e saudável, traduz a possibilidade da pessoa idosa permanecer autónoma e capaz de cuidar de si própria, no seu meio natural de vida, ainda que com recurso a apoios, tanto quanto possível.

Figura 4 Pirâmide etária, Portugal, 2012 (estimativas) e 2035 (projeções, por cenários), (INE, 2014)



A realidade mostra porém, que há um número considerável de pessoas idosas que não encontram uma resposta adequada nesse meio. Na ausência de resposta no seu meio natural de vida – o familiar – a pessoa idosa necessita de um empenho especial e maior competência das respostas sociais para que as dimensões físicas, psíquica, intelectual, espiritual, emocional, cultural e social de vida possam por ele ser desenvolvidas sem limitações dos seus direitos fundamentais à identidade e à autonomia.

A Organização das Nações Unidas (ONU) aprovou em 1948 a Declaração Universal dos Direitos Humanos, dando uma ênfase especial à sua garantia no envelhecimento. Esta declaração esteve na base do trabalho levado a cabo na elaboração de vários outros documentos, como o Plano de Ação Internacional Sobre o Envelhecimento publicado em Viena no ano de

1982, que forneceu importantes orientações para políticas e programas sobre o envelhecimento, especialmente no que se refere às condições da saúde, proteção, habitação, meio ambiente, família, bem-estar social, emprego e educação. Em 1991 foram publicados os Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas, que levaram alguns governos a integrar conceitos como a independência, a participação, a assistência, a autorrealização e a dignidade nas suas políticas. O Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento viria a ser aprovado em 2002 em Madrid, através do qual os 160 estados presentes se comprometeram a definir políticas de saúde, bem-estar e habitação e a promover ambientes favoráveis ao envelhecimento. Este plano menciona, de forma pormenorizada, medidas para a redução da doença crónica e da dependência funcional, através da reestruturação e reorganização dos serviços de promoção da saúde, adaptando-os às necessidades de cuidados e de apoio social das pessoas idosas. Este documento apresenta recomendações para a manutenção da capacidade funcional ao longo dos ciclos de vida, para a participação dos idosos na sociedade e ainda, para a necessidade do estudo das necessidades de cuidados e de apoio social (Fonseca, 2013).

Em Portugal existem cerca de 80.000 camas em estruturas residenciais para pessoas idosas. Partindo destes valores estima-se que cerca de 4% dos idosos estejam institucionalizados. Segundo os dados da ONU (2005) no relatório intitulado “Living Arrangements of Older Persons Around the World” Portugal tinha em 1990 cerca de 2% de idosos institucionalizados, conforme se observa na figura 5. Efetivamente o número de pessoas idosas institucionalizadas tem vindo a aumentar, à semelhança da maioria dos países (ONU, 2005).

Relativamente à caracterização sociodemográfica dos utentes institucionalizados em estruturas residenciais para pessoas idosas em Portugal no ano de 2012, verifica-se que 70% tem mais de 80 anos e 46% tinham 85 ou mais anos, o que evidencia o peso significativo deste grupo etário. Ao nível do género, as mulheres estão em maioria nesta resposta, acentuando-se esta percentagem com o aumento da idade (GEP/MTSS, 2012). No serviço de apoio domiciliário os utentes até aos 80 anos representavam, em conjunto, quase 50% dos utentes a receber apoio desta resposta em 2012. A manutenção do idoso no seu espaço habitacional e no seu meio habitual de vida por mais

anos, poderá apontar para uma institucionalização mais tardia, designadamente em estruturas residenciais para pessoas idosas, podendo explicar a elevada percentagem de utentes com idade avançada nestas instituições. No que diz respeito à distribuição por género dos utentes em serviço de apoio domiciliário, à semelhança da resposta de estrutura residencial para pessoas idosas, o género feminino está em maioria.

Figura 5 Percentagem de pessoas com 60 ou mais anos institucionalizadas no mundo, (ONU, 2005).



Torna-se, por isso, frequente a necessidade do recurso a essas respostas sociais, em que se inclui o alojamento em estrutura residencial, a título temporário ou permanente. É fundamental que a estrutura residencial se constitua como um contexto humanizado, personalizado e que tenha em conta as efetivas necessidades específicas de cada situação. Esta tipologia de serviço deve ter sempre como horizonte que os clientes são o centro de toda a atuação e que o meio familiar e social de um indivíduo é parte integrante das suas vivências, devendo continuar a ser particularmente considerado no apoio às pessoas com mais idade, de acordo com os seus desejos e interesses. Assim o exige a perspetiva do respeito e promoção dos seus direitos humanos.

1.2. Instituições de Apoio a Idosos em Portugal

O apoio institucional às pessoas idosas não é uma realidade exclusiva dos tempos atuais. Os primeiros documentos redigidos que descrevem a realidade dos idosos institucionalizados referem tipologias institucionais como Hospitais Menores, Recolhimento de velhas inválidas, Recolhimento de viúvas pobres, Hospital dos entravados e entravadas (Paúl, 1996). Foi a partir destes instituições que surgiram os lares e idosos, e mais recentemente as estruturas residenciais para idosos. Apesar das alterações da denominação, e do crescente surgimento de regulamentação estas instituições continuam ainda hoje a ter uma conotação social bastante negativa.

O Despacho Normativo n.º 12/98 de 25 de fevereiro aprova as primeiras normas que regulam as condições de instalação e funcionamento dos lares para idosos em Portugal. Neste despacho considera-se lar para idosos o estabelecimento em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes. O lar de idosos tem como objetivos específicos proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas, contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento, criar condições que permitam preservar e incentivar a relação interfamiliar, e ainda potenciar a integração social.

Esta foi a primeira legislação a regulamentar as instituições de acolhimento temporário e permanente de pessoas idosas. No entanto, em 2006, dada a crescente procura do mercado privado na área do apoio aos idosos, que apresentavam objetivos semelhantes aos estabelecimentos sem fins lucrativos mas com características próprias, foram apresentando projetos de construção de estruturas residenciais para pessoas idosas, essencialmente com fins lucrativos, foi necessário proceder à atualização da regulamentação em vigor. Foi então publicado o Despacho Normativo n.º 30/2006, de 6 de Maio, que criou duas exceções aos requisitos técnicos definidos no Despacho Normativo n.º 12/98, de 13 de Janeiro, nomeadamente: a capacidade máxima

dos estabelecimentos correspondentes a estruturas residenciais passou a ser 120, tendo em conta a adequação e organização das áreas funcionais, em vez de 40, podendo exceccionalmente ser de 60; e a proporção dos quartos individuais passou a ser de 25% em vez de 50%. Em suma, aumentou-se a lotação máxima das instituições, reduzindo o número de quartos individuais, aumentando assim o potencial de rentabilidade.

Em 2012 surge uma nova regulamentação das condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as estruturas residenciais para pessoas idosas. Esta nova legislação tem como finalidade uniformizar a legislação existente, integrando as respostas residenciais para pessoas idosas sob uma designação comum, e proceder ao ajustamento desta resposta social às exigências de uma gestão eficaz e eficiente dos recursos, bem como a uma gestão da qualidade e segurança das estruturas físicas, prevendo diversas modalidades de alojamento, designadamente, o alojamento em tipologias habitacionais e ou em quartos. Por outro lado, ao estabelecer as condições de funcionamento e instalação das estruturas residenciais para pessoas idosas veio-se garantir uma prática harmonizada ao nível das regras orientadoras desta resposta social, qualificando os vários modelos de intervenção existentes, independentemente da natureza do suporte jurídico institucional das mesmas.

Segundo a Portaria n.º 67/2012 de 21 de Março, que define as condições de organização, funcionamento e instalações a que devem obedecer as estruturas residenciais para pessoas idosas, anteriormente denominadas lares de idosos, considera-se estrutura residencial para pessoas idosas o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem. Constituem objetivos da estrutura residencial, proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas, contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo, criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar, e potenciar a integração social. Estas estruturas residenciais regem-se pelos seguintes princípios de atuação: qualidade, eficiência, humanização e respeito pela individualidade; interdisciplinaridade; avaliação integral das necessidades do residente;

promoção e manutenção da funcionalidade e da autonomia; participação e corresponsabilização do residente ou representante legal ou familiares na elaboração do plano individual de cuidados.

Para desenvolver estes objetivos a estrutura residencial para pessoas idosas deve ter uma estrutura física apropriada, que está regulamentada na portaria anteriormente referida, estar munida de uma equipa profissional adequada, e ter recursos de acordo com as necessidades dos utentes.

No que se refere especificamente à equipa profissional, uma estrutura residencial para pessoas idosas deve dispor de pessoal que assegure a prestação dos serviços 24 horas por dia. Para isso, além do diretor técnico, deve dispor no mínimo de um animador sociocultural por cada 40 residentes, um ajudante de ação direta por cada 8 residentes, um ajudante de ação direta por cada 20 residentes com vista ao reforço no período noturno, um encarregado de serviços domésticos caso o estabelecimento tenha capacidade igual ou superior a 40 residentes, um cozinheiro, um ajudante de cozinha por cada 20 residentes e um empregado auxiliar por cada 20 residentes. Estes rácios de pessoal devem ser aumentados sempre que a instituição acolha idosos em situação de grande dependência. Estes indicadores de pessoal podem ainda ser adaptados, com a necessária flexibilidade, em função das características gerais das instalações e dos residentes.

Além desta tipologia, existe ainda a rede nacional de cuidados continuados integrados que também presta cuidados de longa duração, independente da idade dos utentes, mas que nos relatórios de utilização está demonstrado uma utilização essencialmente por população idosa. Esta rede foi criada em 2006 em Portugal, e é de dupla tutela, uma articulação entre o Ministério do Trabalho e Solidariedade Social e do Ministério da Saúde.

A rede é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados e ações paliativas, sendo oriundas nos serviços comunitários de proximidade, incluindo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a rede solidária e as autarquias locais. A prestação de cuidados continuados integrados é assegurada por unidades de internamento, de ambulatório, equipas hospitalares e ainda de equipas domiciliárias. As unidades de internamento são compostas pelas unidades de convalescença, unidades de média duração e reabilitação, unidades de longa duração e

manutenção e unidades de cuidados paliativos (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho).

Surge então o desafio de gerir este tipo de estruturas, com edifícios de grandes dimensões e de desgaste rápido, com equipas multidisciplinares dotadas de níveis de formação diferente, e idosos que naturalmente são muito diversificados devido ao seu percurso de vida. O maior volume de despesa corrente destas instituições são os recursos humanos, uma vez que consiste essencialmente na prestação de serviços de apoio, sendo os produtos consumíveis uma pequena parte da despesa, e a imputação dos custos associados à utilização do imobiliário fracionada em longo prazo (Thorpe, Gertler, & Goldman, 1991). Assim sendo, os trabalhos desenvolvidos por Fries, Ljunggren, and Winblad (1991), Clauser and Fries (1992) e Zbylot, Job, McCormick, Boulter, and Moore (1995) focaram a sua atenção essencialmente na utilização de recursos humanos, ou seja, no tempo dispensado pelos profissionais para a satisfação das necessidades dos utentes.

Para perceber melhor as dinâmicas e metodologias adotadas no contexto português de lar de idosos será abordado seguidamente a gestão de recursos em instituições de apoio social a idosos.

1.2.1 Gestão de Recursos em Instituições de Apoio a Idosos

Seguidamente faz-se referência à gestão de recursos em instituições de apoio a idosos, com especial ênfase aos lares de idosos. Aborda-se a criação e utilização de instrumentos de gestão de recursos aplicados a estas instituições, e os respetivos instrumentos de avaliação.

A qualidade dos serviços prestados nos lares de idosos tem sido uma preocupação contínua (Boorsma et al., 2011), que levou à reformulação dos regulamentos de funcionamento e à elaboração de manuais práticos (Jacob, Pocinho, Fernandes, & Santos, 2013). No sentido de melhorar a qualidade dos serviços prestados nestas instituições, a entidade que regulamenta e fiscaliza as instituições de apoio social a idosos publicou recentemente o Manual de processo-chave para estruturas residenciais para idosos. Este manual, que descreve um modelo de organização do trabalho neste tipo de instituições, apresenta-se como uma ferramenta importante na gestão de recursos da instituição.

Ter indicadores de qualidade comuns permite comparar o trabalho desenvolvido nas várias instituições, de forma a encontrar boas práticas, e metodologias com mais ganhos em saúde e bem-estar (Arora et al., 2007). Permite ainda ajudar os utentes e familiares a identificar a instituição mais adequada, e para as próprias instituições a identificar áreas de melhoria da qualidade (Arling, Lewis, Kane, Mueller, & Flood, 2007).

Para o desenvolvimento do Manual de processo-chave para estruturas residenciais para idosos na resposta social de Estrutura Residencial, foram identificados sete processos-chave para a prestação de serviços, independentemente da sua natureza e dimensão, sendo estes: Candidatura, Admissão e Acolhimento, Plano Individual, Cuidados Pessoais e de Saúde, Nutrição e Alimentação, Apoio nas Atividades Instrumentais da Vida Quotidiana, Planeamento e Acompanhamento das Atividades de Desenvolvimento Pessoal.

Para cada um destes processos-chave foram definidos os objetivos, campo de aplicação, indicadores, modo operativo e caracterização do

processo, instruções de trabalho que descrevem as atividades associadas a cada processo, baseadas num conjunto de boas práticas que se pretendem serem facilitadoras para a implementação dos respetivos processos, impressos que são instrumentos de suporte ao registo, monitorização e avaliação das atividades realizadas, e ainda identificação de todos os intervenientes em cada atividade.

A importância de definir indicadores está relacionada com a necessidade de definir uma metodologia de trabalho, de compreender melhor os ações desenvolvidas para o atingimento dos objetivos propostos, e de fazer projeções para o futuro (Achterberg, 2004). Foi neste sentido que se iniciou este trabalho, tentando encontrar no contexto internacional boas práticas e boas ferramentas de gestão, já validadas e com larga experiência neste contexto de cuidados e de apoio social.

1.3. Grupos de Utilização de Recursos

A aplicação de sistemas de classificação com base em indicadores fiáveis e válidos, que dividem os utentes em grupos segundo a utilização de recursos tem sido motivo de investigação nas últimas décadas, como se pode verificar nos trabalhos desenvolvidos por Bjorkgren et al. (1999); Carpenter et al. (1995); Chou, Chi, and Leung (2008); Cooney and Fries (1985); Dellefield (2006); Francesconi et al. (2006); Fries and Cooney (1985); Fries, Schneider, Foley, and Dowling (1989); Fries et al. (1994); Iglesias and Alonso Villa (2005); Poss, Hirdes, Fries, McKillop, and Chase (2008); Schneider, Fries, Foley, Desmond, and Gormley (1988); Selikson and Ellsworth (1987); Topinkova, Neuwirth, Mellanova, Stankova, and Haas (2000); Urquhart, Kennie, Murdoch, Smith, and Lennox (1999).

Foi realizada uma ampla pesquisa da literatura de língua Inglesa e Portuguesa, sobre as palavras-chave: “Grupos de Utilização de Recursos”; “Resource Utilization Groups”; “RUG”, respetivamente, na base de dados científica B-ON. Após uma pré-análise da literatura recolhida sobre a construção, evolução e validação do RUG, onde se procurou perceber como foi

construído o RUG, as várias alterações que sofreu e os motivos dessas alterações, foi realizada uma pesquisa aos artigos que descrevem a utilização do RUG-III (3ª versão do sistema de classificação denominado “Resource Utilization Groups”) em diferentes países.

Este sistema de classificação categoriza os pacientes nos diferentes grupos segundo características clínicas e recursos utilizados, permitindo a comparação de resultados, qualidade dos cuidados e utilização dos recursos. É importante para os gestores e decisores políticos compreenderem os ganhos em saúde que a utilização dos recursos disponíveis, como este sistema de classificação, pode representar neste sector.

O sistema RUG-III classifica os utentes com base na informação recolhida com o instrumento de avaliação de utentes “Resident Assessment Instrument – Minimum Data Set” (RAI-MDS), que se destina a ser utilizado em cuidados de longa duração a idosos, no qual se integram os lares de idosos (Bernabei, Murphy, Frijters, DuPaquier, & Gardent, 1997).

O RAI-MDS contém itens que refletem o nível de cuidados que cada utente necessita, incluindo diagnósticos, tratamentos e uma avaliação do estado funcional. Do RAI-MDS é extraída informação para classificar os utentes no RUG-III através de níveis de utilização de recursos (Bjorkgren et al., 1999), sendo possível a partir desta classificação aferir o custo do utente por discriminação positiva, segundo o nível de dependência.

O RAI-MDS foi projetado para ser usado por profissionais de saúde no seu trabalho diário, proporcionando-lhes as informações necessárias para a identificação das necessidades de seus clientes, assim como auxiliar no desenvolvimento de planos de cuidados para os problemas identificados (Beck, Ovesen, & Schroll, 2001). Para os gestores e decisores políticos, os dados gerados pela avaliação são adequados para avaliar a relação entre as necessidades, cuidados prestados e resultados (Berg et al., 1997).

O RAI-MDS foi contemplado num conjunto de reformas aprovadas pelo Congresso dos Estados Unidos. Esta foi uma das reformas mais abrangentes nos lares de idosos nos meados da década de 60 nos Estados Unidos. Um dos objetivos destas reformas era resolver os problemas da qualidade dos cuidados nos lares de idosos e as dificuldades em promover um financiamento coerente. Todavia, esta regulamentação não foi totalmente eficaz (Hawes, Morris, et al.,

1997). Num esforço para resolver estes problemas nos Estados Unidos da América (EUA), em 1983, foi solicitado ao Congresso da Academia Nacional das Ciências e ao Instituto de Medicina uma avaliação da qualidade dos lares de idosos numa análise focalizando a melhoria da regulamentação destes equipamentos. Uma das recomendações fundamentais foi o desenvolvimento de um sistema de avaliação uniforme e global dos utentes (Rahman & Applebaum, 2009). Este facto levou a criação de novas versões deste instrumento, sendo que a versão atual, à data deste trabalho, é o RAI-MDS 3.0.

Em Portugal, na tentativa de resolver este problema, em 2003 o Instituto da Segurança Social desenvolveu Modelos de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais. Estes modelos objetivaram igualmente a constituição de um referencial normativo que permitisse avaliar a qualidade dos serviços prestados em lar de idosos e, consequentemente, diferenciar positivamente as respostas sociais (Instituto da Segurança Social, 2006). No entanto, a sua implementação não foi obrigatória, mas apenas recomendada.

O RAI-MDS tornou-se bastante atrativo para a comunidade científica internacional, e foi por isso adaptado por outros países, levando inclusive à criação de um grupo internacional de trabalho sobre este instrumento: o InterRAI.

O InterRAI é um grupo de académicos, médicos e outros profissionais, num total de 45 individualidades de 22 países (ainda a aumentar), comprometidos com o estudo dos cuidados para os idosos com base na utilização da avaliação padronizada a partir do qual os dados podem ser agregados para a formulação de políticas, gestão e pesquisa (Fries et al., 2003). Conta já com representantes dos seguintes países: Austrália, Canadá, República Checa, Finlândia, França, Dinamarca, Alemanha, Hong Kong, Islândia, Israel, Itália, Japão, Holanda, Nova Zelândia, Noruega, Coreia do Sul, Espanha, Suécia, Suíça, Taiwan, Reino Unido e Estados Unidos. Todo o trabalho deste grupo é baseado no RAI-MDS. Desde 1991, o sistema de avaliação foi mandatado em todas as instituições de cuidados pós-agudos nos EUA e está a ser implementado em muitos outros países. Este instrumento foi já utilizado em alguns países europeus e pelo Japão (Sgadari, Morris, et al., 1997). A versão original foi traduzida em várias línguas: checo, dinamarquês, holandês, finlandês, francês, alemão, italiano, islandês, japonês, norueguês,

sueco e espanhol. A sua fiabilidade e validade foram já extensivamente testadas (Carpenter, 2006). O RAI poderá assim representar uma espécie de linguagem comum que permitirá aos investigadores de diferentes países e culturas partilhar dados, comparar as populações e levar a cabo estudos sobre a população idosa que recebe cuidados institucionais de longa duração. O InterRAI acredita que este instrumento de avaliação, que tem ligação direta ao plano de cuidados multi-disciplinar e foi concebido para ser utilizado nas rotinas de serviço, cria novas oportunidades para abordar a prestação de serviços e necessidades de avaliação da saúde do idoso bem como os serviços de assistência social nas institucionais e ambientes comunitários. O grupo acredita que diferentes países e organizações compartilham problemas fundamentalmente semelhantes nas populações que servem. Dados fiáveis de diversos países podem surgir com novas informações para o debate sobre a melhor forma de gerir o cuidado às pessoas idosas.

Melhorar a qualidade do atendimento e a qualidade de vida aos idosos institucionalizados é um desafio importante e transversal. A implementação do RAI-MDS mostrou-se como sendo uma medida científica e prática muito promissora para estas melhorias (Achterberg, van Campen, Pot, Kerkstra, & Ribbe, 1999). Neste momento o RAI-MDS é utilizado em diversas tipologias de prestação de cuidados de saúde e apoio social: apoio domiciliário, lares de idosos, residências para idosos, cuidados paliativos, cuidados pós-agudos, cuidados em saúde mental e cuidados a deficientes (Carpenter, 2006).

Os itens do RAI-MDS foram desenhados de forma a proporcionar uma visão abrangente sobre os problemas, capacidades e preferências dos idosos institucionalizados. Todos os itens foram já rigorosamente testados e este instrumento pode ser utilizado para fins clínicos, administrativos e de investigação (Chou, Chi, Leung, Wu, & Liu, 2001). Com a informação correta a entidade prestadora de cuidados pode formular um plano de cuidados adequado.

Este sistema parece ser uma boa ferramenta de trabalho para o problema no qual se debruça este estudo. Assim sendo, importa conhecer sistemas semelhantes que são utilizados em Portugal, para posteriormente se especular acerca da aplicabilidade deste sistema de classificação, enquanto ferramenta de gestão de recursos, nos lares de idosos portugueses.

1.3.1 Sistema de Classificação de Utentes

O sistema implementado em Portugal para o pagamento institucional em lares de idosos e cuidados de longa duração não reconhece explicitamente as diferenças entre residentes na utilização dos recursos. Segundo o Guia Prático de Apoios Sociais para Idosos em lar de idosos publicado pela Segurança Social, o utente paga 70% do custo, que será menor ou maior em função dos rendimentos da família. Esta percentagem poderá ser elevada até 85% do rendimento *per capita* relativamente aos utentes nas seguintes situações: idosos dependentes que não possam praticar com autonomia os atos indispensáveis à satisfação das necessidades humanas básicas, nomeadamente os atos relativos a cuidados de higiene pessoal, uso de instalações sanitárias, alimentação, vestuário e locomoção, idosos necessitados de cuidados específicos de recuperação ou saúde com caráter permanente, que onerem significativamente o respetivo custo.

O rendimento *per capita* do agregado familiar é realizado de acordo com a seguinte fórmula:

$$R = \frac{RF - D}{N}$$

Sendo que:

R = Rendimento *per capita*

RF = Rendimento mensal ilíquido do agregado familiar

D = Despesas fixas

N = Número de elementos do agregado familiar

As Estruturas Residenciais para pessoas idosas desenvolvidas por Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) podem efetuar acordos de cooperação com a Segurança Social para o financiamento do seu funcionamento. Assim é pago, mensalmente, à referida instituição um valor utente/mês estipulado anualmente em Protocolo de Cooperação celebrado entre o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e as Uniões das

Misericórdias, das Mutualidades e a Confederação Nacional das IPSS. Atualmente encontra-se em vigor o protocolo de 2013-2014 constando na tabela de comparticipação financeira para a resposta social de estrutura residencial para pessoas idosas um valor utente/mês de €355,00 para o funcionamento das IPSS.

Este facto pode tornar-se um incentivo para as instituições admitirem utentes com menor grau de dependência, como foi verificado noutros países (Schneider et al., 1988), uma vez que o aumento de comparticipação e o aumento da mensalidade paga à instituição não acompanha diretamente o aumento da dependência dos utentes.

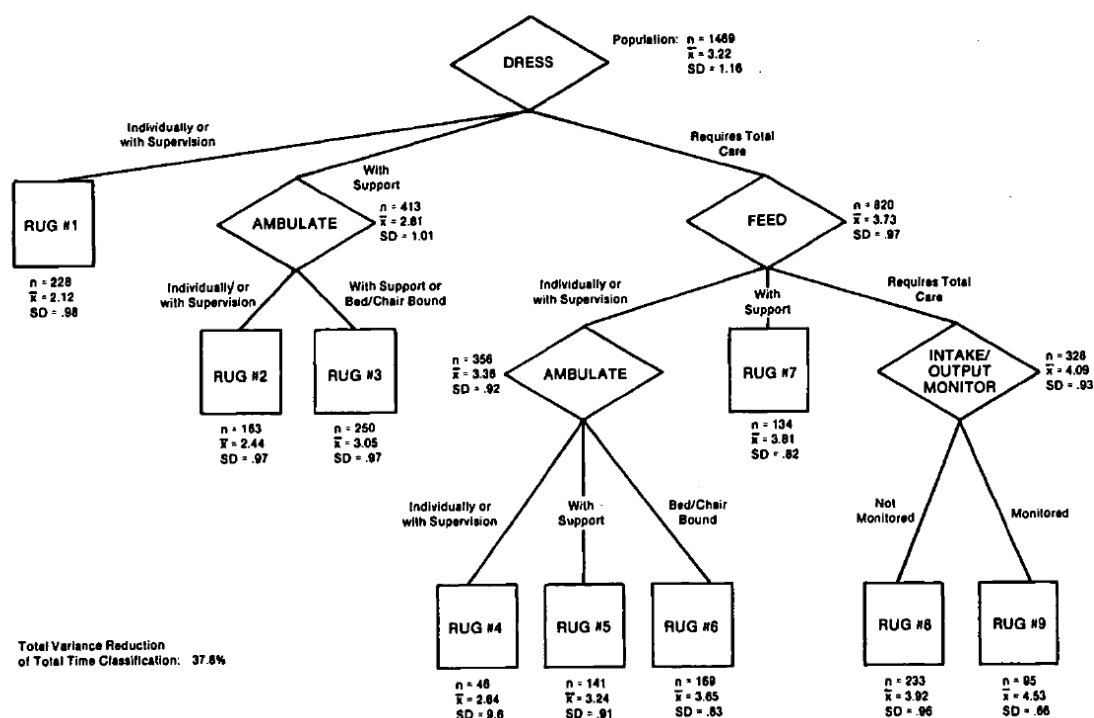
Relacionar as características dos utentes com os recursos utilizados nas instituições que prestam cuidados de longa duração tornou-se pertinente, resultando na criação dos RUG's em 1985 (Fries & Cooney, 1985). Este sistema resulta da necessidade de desenvolver um sistema de classificação, à semelhança da classificação desenvolvida anteriormente para os cuidados hospitalares, para internamento de doentes agudos, para cuidados de longa duração. Enquanto no internamento de doentes agudos, este tem tempo limitado, tendencialmente curto, em cuidados de longa duração o tempo de internamento não deve ser uma variável a incluir no sistema. Iniciou-se o estudo da utilização de recursos em instituições que prestam cuidados de longa duração e apoio social a pessoas idosas partindo da mesma estrutura conceptual que os DRG. Para a criação dos RUG's foi analisada uma amostra de 1469 utentes. Assumiu-se como variável dependente o tempo utilizado na prestação de cuidados necessários aos utentes, sendo este avaliado por auto-relato dos profissionais. Partindo de uma avaliação multidimensional das características dos utentes, analisou-se a relação entre as variáveis de caracterização multidimensional e o tempo de cuidados utilizado. Concluiu-se que grande parte das variáveis de caracterização com uma relação mais forte com a variável dependente, estatisticamente significativa, estão relacionadas com atividades de vida diária (AVD). Estas variáveis foram posteriormente incluídas no modelo, para a criação da árvore de decisão. Conforme se pode observar na figura 6, foi criada uma árvore de decisão com nove grupos terminais, que explica 37,8% da variância na utilização de recursos.

Esta árvore de decisão classifica os utentes utilizando as seguintes variáveis: suporte necessário para se vestir, suporte necessário para a deambulação, suporte necessário para a alimentação e monitorização.

No primeiro grupo, com uma utilização de recursos mais baixa estariam indivíduos que se vestem de forma independente, ou que necessitam apenas de supervisão. O segundo grupo é caracterizado por indivíduos que necessitam de suporte para se vestir, mas que efetuam a deambulação de forma independente ou apenas com supervisão. No terceiro grupo estão os indivíduos que, necessitando de suporte para se vestir, requerem ajuda na deambulação ou transferência de superfícies, como por exemplo da cama para a cadeira. No quarto grupo estão os indivíduos que requerem ajuda total para se vestir, que se alimentam de forma independente ou apenas com supervisão, e que deambulam também de forma independente ou apenas com supervisão. Os indivíduos do quinto e sexto grupo, em relação ao quarto grupo diferem apenas na deambulação, pois os do quinto grupo necessitam de suporte para deambular e os do sexto necessitam de ajuda total na deambulação ou transferência de superfícies. O sétimo grupo caracteriza-se por utente que além de requererem ajuda total para se vestir, necessitem de suporte na alimentação. O oitavo e nono grupo contêm os indivíduos que requerem ajuda total para se vestir e para se alimentarem, sendo que os indivíduos do oitavo grupo não requerem monitorização e os do nono são monitorizados.

As variáveis utilizadas para a divisão dos grupos, com incremento significativo na variância explicada na utilização de recursos, são maioritariamente variáveis relacionadas com as AVD. Esta divisão parece ter sido pouco atrativa para a prática clínica diária, como se percebe na literatura (Schneider et al., 1988). Surgiu assim a necessidade de criar uma hierarquia teórica, baseada na prática clínica diária, e na divisão funcional dos serviços que prestam apoio social e cuidados de saúde a idosos, de modo a que o sistema de classificação fosse melhor recebido pelos profissionais de saúde.

Figura 6 Sistema de classificação RUG (Fries & Cooney, 1985)



A complexidade da classificação de utentes e a necessidade de uma divisão hierárquica que fizesse mais sentido para os profissionais de saúde na sua prática profissional levou à revisão dos RUG's em 1988 (Schneider et al., 1988) com a criação do RUG-II. Esta evolução do sistema de classificação resultou da introdução de uma hierarquia de classificação teórica (critérios clínicos e administrativos) combinada com uma classificação empírica (critérios estatísticos). A hierarquia de classificação teórica está relacionada com a organização dos serviços e do contexto de trabalho neste tipo de instituições, assim como as diferenças entre os vários tipos de instituições que prestam cuidados de longa duração. A hierarquia teórica introduzida inclui os seguintes grupos: reabilitação, cuidados especiais, clinicamente complexo, problemas de comportamento e reduzida função física.

O grupo reabilitação corresponde a utentes que recebem tratamentos diários de fisioterapia ou terapia ocupacional com objetivos de restaurar o funcionamento.

O grupo cuidados especiais refere-se a doentes que recebem muitos cuidados, com níveis funcionais muito baixos, que têm condições particulares sérias, como por exemplo coma ou tetraplegia.

O grupo clinicamente complexo contém utentes com problemas médicos ou focos de atenção de enfermagem particulares, como por exemplo hemiplegia, desidratação ou doença terminal. Neste grupo os utentes não têm a sua funcionalidade tão comprometida como no grupo cuidados especiais.

O grupo problemas de comportamento inclui residentes com elevada frequência de um ou vários dos seguintes comportamentos: agressão física, regressão, abuso verbal ou alucinações.

Por último, o grupo reduzida função física inclui todos os utentes que não têm critérios para nenhum dos grupos anteriormente descritos, e que se caracterizam essencialmente por reduzidos níveis de funcionamento nas AVD.

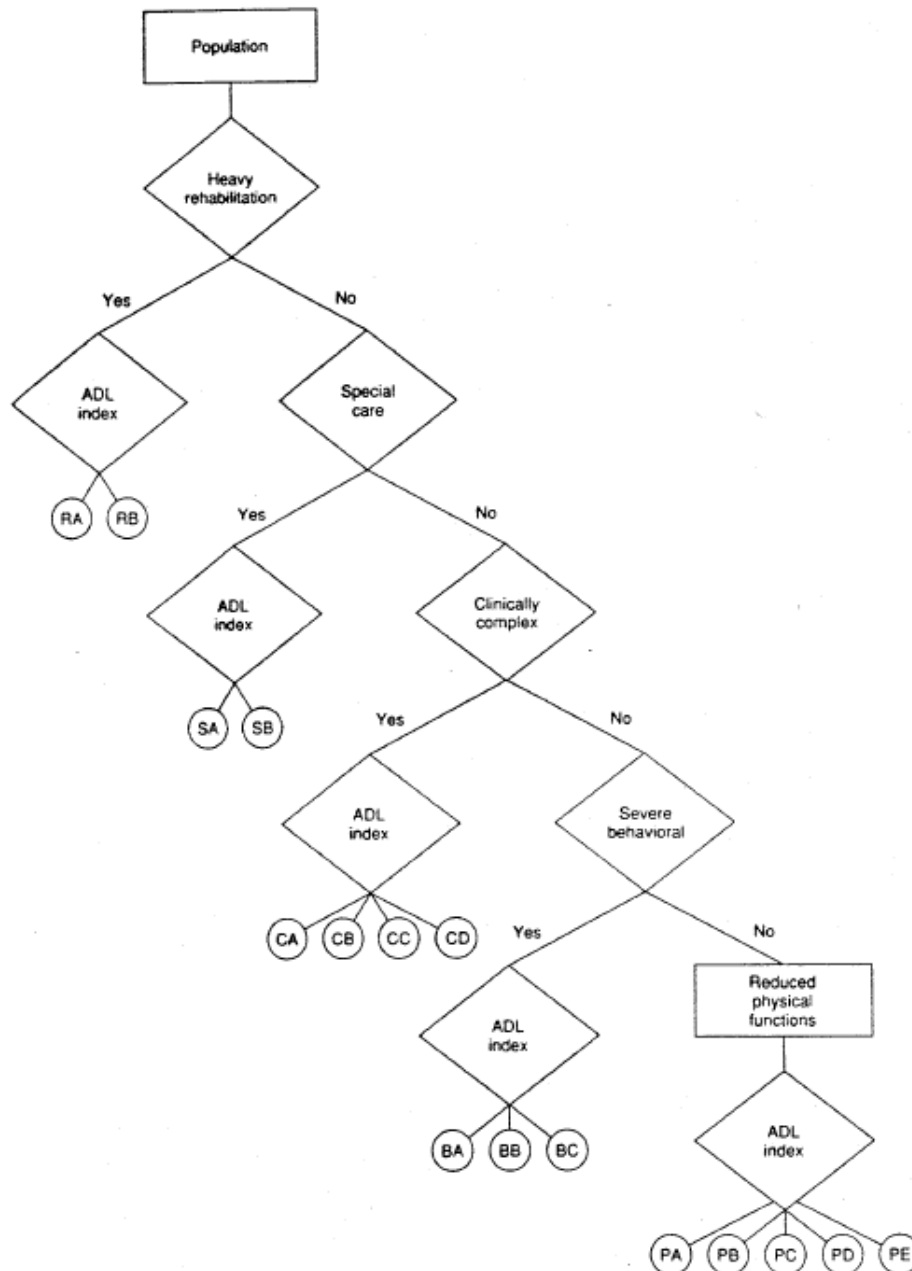
Esta hierarquia está ordenada por custo dos cuidados utilizados. Os utentes que têm critérios para mais que um grupo devem ser colocados no grupo mais elevado, com custos mais elevados.

Após a criação desta hierarquia de grupos procurou-se um critério estatístico, utilizando a mesma metodologia que no RUG inicial. A variável independente que mais explicava a variação da variável dependente foi o índice de dependência nas AVD. Quando este critério foi introduzido na árvore de decisão, este sistema de classificação conseguiu explicar 53% da variância na utilização de recursos. A estrutura do sistema de classificação está representada na figura 7.

Em 1994 a criação do RUG-III (Fries et al., 1994) resultou da necessidade da utilização deste sistema de classificação de utentes num outro tipo de instituições de cuidados de longa duração com diferentes modelos de cuidados (nomeadamente reabilitação). Fries et al. (1994) partiram de uma amostra de 7658 utentes de instituições de cuidados de longa duração em sete estados dos EUA. Utilizou-se a informação recolhida com o RAI-MDS. Este estudo teve por objetivo encontrar um modelo mais adequado para o financiamento deste tipo de instituições, atualizando o modelo para a realidade evolutiva destas instituições e das diferentes tipologias de cuidados e apoio social por elas fornecido. Inclui, de forma semelhante à metodologia adotada na criação do RUG II, uma hierarquia de classificação teórica (critérios clínicos

e administrativos) combinada com uma classificação empírica (critérios estatísticos).

Figura 7 Sistema de classificação RUG II (Schneider et al., 1988)



A avaliação da variável depende, o tempo de cuidados utilizado, seguiu também a metodologia adotada anteriormente, o auto-relato, mas passou a incluir o tempo utilizado com o paciente na prestação de cuidados, e o tempo

utilizado no planeamento, organização e avaliação dos cuidados utilizados, denominado tempo não específico utilizado que deve ser imputado ao utente.

A hierarquia de classificação teórica que foi desenhada para a criação do RUG III teve uma atenção especial aos grupos mais elevados, com maior utilização de recursos, devido à grande variação na utilização de recursos existente dentro destes grupos mais elevados do RUG II, nomeadamente o grupo reabilitação. Assim sendo, o grupo reabilitação foi subdividido em quatro subcategorias: muito intensa, intensa, moderada e baixa. Foi ainda introduzido um novo grupo entre o grupo reabilitação e os cuidados especiais, denominado grupo de serviços extensivos, com três subcategorias. Este novo grupo deve conter utentes que recebem cuidados como alimentação parentérica, medicação intravenosa, aspiração de secreções, cuidados com traqueostomia, ventilador ou respirador. Foi ainda incluído um grupo denominado declínio cognitivo, que inclui utentes com défices cognitivos que tenham implicações na tomada de decisão.

A árvore de decisão criada para o sistema de classificação RUG III incluiu mais critérios de divisão que no RUG II, onde se incluía apenas o índice de dependência nas AVD. Passou a incluir como divisão final, além do índice de dependência nas AVD, a presença de sintomatologia depressiva, especificamente no grupo clinicamente complexo, e a utilização de enfermagem de reabilitação, que demonstrou ter bom poder explicativo da variância na utilização de recursos nos grupos mais inferiores, nomeadamente nos grupos declínio cognitivo, problemas de comportamento e condição física reduzida.

O índice de dependência nas AVD utilizado, teve por base os dados recolhidos com o RAI-MDS, que incluem a avaliação do auto-desempenho em cada atividade e o suporte providenciado nas mesmas. Devido à relação encontrada entre alguns dos itens referentes às AVD avaliados pelo RAI-MDS, apenas se incluíram para o cálculo do índice de dependência nas AVD os itens mobilidade na cama, transferências, uso da casa-de-banho e alimentar-se (que inclui a avaliação da utilização de alimentação entérica e parentérica). Assim sendo, o índice de dependência nas AVD utilizado no RUG III varia de uma pontuação de 4 (completamente independente) a 18 (completamente dependente).

Estas AVD foram incluídas no RUG-III pois já tinham demonstrado em estudos anteriores (Fries & Cooney, 1985; Schneider et al., 1988) serem as AVD mais diferenciadoras na utilização de recursos.

O sistema de classificação RUG III conseguiu explicar 55% da variância na utilização de recursos, mostrando ser um sistema mais robusto na explicação da variabilidade dos recursos utilizados em comparação com as versões anteriores.

Este sistema de classificação demonstrou ainda ser um instrumento fiável e válido para medir a carga de trabalho dos profissionais destas instituições (Adams-Wendling et al., 2007), e ainda um bom instrumento para a aferição dos custos do cuidado aos utentes (Arling, Kane, Mueller, & Lewis, 2007).

Os estudos de criação e desenvolvimento dos RUG's encontram-se comparados na tabela 1.1.

A metodologia utilizada para realizar a classificação dos RUG foi a análise de cluster hierárquica através do AUTOGRP. O AUTOGRP é um software interativo projetado para facilitar a análise rápida de informações médicas complexas, que utiliza a extensão estatística AID (Automatic Interaction Detection). O AUTOGRP foi utilizado no estudo do processo de gestão de atendimento dos utentes numa variedade de configurações, a fim de aumentar a eficácia da tomada de decisões, tanto do ponto de vista médico como de gestão (Mills, Fetter, Riedel, & Averill, 1976).

O sistema de classificação RUG-III, apresentado na tabela 1.2, tem uma hierarquia clínica com 7 grupos major que são, da maior utilização de recursos para a menor, respetivamente: reabilitação, serviços extensivos, cuidados especiais, clinicamente complexos, declínio cognitivo, problemas de comportamento, condição física reduzida.

Tabela 1.1 Evolução do sistema de classificação RUG

Autor	RUG	Metodologia				Conclusões
		Amostragem	Variável dependente	Variáveis independentes	Tipo de classificação	
Fries, Cooney (1985)	I (9 Grupos)	1469 (426 obs. Direta do tempo)	Tempo *	Caraterísticas do paciente (dicotómicas)	Divisão da amostra em grupos feita através da análise de Cluster com AUTOGRP ** (utiliza 4 variáveis)	- 37.8% variância explicada - o tempo auto-registado parece ser um bom substituto do tempo utilizado por paciente
Schneider et al. (1988)	II (16 Grupos)	3427	Tempo * Desagregação por tipo de profissional**	Características do paciente + Serviços utilizados. (195 itens)	Classificação por duas divisões: 1 - Divisão teórica em Categorias Major (clínicas) 2 - Subcategorias baseadas nas AVD's Análise de Cluster com AUTOGRP ** (utiliza 12 variáveis)	- 53% variância explicada - introdução de categorias clínicas ajuda a explicar a variância
Fries et al. (1994)	III (44 Grupos)	7658 Mista# Secundária 6663 Primária 995	Tempo* Desagregação por tipo de profissional** e tipo de tempo+	MDS (350 itens)	Classificação por três divisões: 1 - Grupos Major de hierarquia clínica 2 - Baseada nas AVD 3 - Enfermagem de reabilitação, Depressão e serviços extensivos. Análise de Cluster com AUTOGRP **	- 55 % variância explicada - tem uma aplicação mais universal devido à heterogeneidade da amostra-

* Tempo auto-registado

** Tempo de Enfermagem, tempo de Ajudante de Ação Direta, tempo combinado (total) por dia; Tempo utilizado em terapias por semana (fisioterapia, terapia ocupacional,...)

+ Tempo utilizado em cuidados diretos ou indiretos (reuniões, planificação do trabalho,...)

++AUTOGRP é um software interativo projetado para facilitar a análise rápida de informação médica complexa. Tem sido utilizado para ajudar na compreensão do processo de gestão de assistência ao utente, a fim de melhorar a eficácia do processo de decisão, tanto do ponto de vista médico como de gestão. Na análise de cluster este software utiliza o AID (Automatic Interations Detection), dividindo a amostra em subgrupos segundo as variáveis independentes que melhor explicam a variância da variável dependente.

#Uma vez que a amostra secundária apresenta poucos casos nos grupos que utilizam mais recursos (nomeadamente reabilitação e cuidados especiais), foram avaliados 995 residentes de instituições de reabilitação e cuidados especiais.

Nota: Trabalho publicado por Fernandes and Martin (2013) no âmbito do programa doutoral.

Tabela 1.2 Classificação RUG-III

Hierarquia Clínica		Características dos utentes		Nomenclatura do grupo RUG-III
		AVD	Depressão	Enfermagem de reabilitação
Reabilitação	Muito intensa	14 - 18		RVC
		8 - 13		RVB
		4 - 7		RVA
	Intensa	15 - 18		RHD
		12 - 14		RHC
		8 - 11		RHB
		4 - 7		RHA
	Moderada	16 - 18		RMC
		8 - 15		RMB
		4 - 7		RMA
	Baixa	12 - 18		RLB
		4 - 11		RLA
Serviços extensivos	Tipo 3			SE3
	Tipo 2			SE2
	Tipo 1			SE1
Cuidados especiais		17 - 18		SSC
		14 - 16		SSB
		7 - 13		SSA
Clinicamente complexo		17 - 18	Sim	CD2
			Não	CD1
		11 - 16	Sim	CC2
			Não	CC1
		6 - 10	Sim	CB2
			Não	CB1
		4 - 5	Sim	CA2
			Não	CA1
Declínio cognitivo		6 - 10	Sim	IB2
			Não	IB1
		4 - 5	Sim	IA2
			Não	IA1
Problemas de comportamento		6 - 10	Sim	BB2
			Não	BB1
		4 - 5	Sim	BA1
			Não	BA1
Condição física reduzida		16 - 18	Sim	PE2
			Não	PE1
		11 - 15	Sim	PD2
			Não	PD1
		9 - 10	Sim	PC2
			Não	PC1
		6 - 8	Sim	PB2
			Não	PB1
		4 - 5	Sim	PA2
			Não	PA1

Os grupos com maior utilização de recursos subdividem-se em subgrupos da hierarquia clínica: reabilitação muito intensa, reabilitação intensa, reabilitação moderada e reabilitação baixa no caso do grupo major reabilitação e serviços extensivos tipo 1, tipo 2 e tipo 3, no caso do grupo major serviços extensivos. Esta hierarquia clínica subdivide-se segundo as características dos utentes, para a obtenção do respetivo RUG, segundo o desempenho nas AVD, a utilização de enfermagem de reabilitação, ou presença de sintomatologia depressiva. Esta divisão hierárquica resulta em 44 grupos de acordo com as suas características clínicas. Este cruza e analisa as características dos utentes com os recursos utilizados pelas instituições. Das 485 variáveis do RAI, apenas 105 são consideradas para a definição dos grupos do RUG III. As variáveis e os respetivos códigos do RAI-MDS utilizadas para a classificação nos grupos do RUG III, segundo a versão 5.14 das instruções de classificação são:

Comatose	B0100
Capacidade para fazer-se Compreender	B0700
Pontuação EBEM	C0500
Memória a Curto Prazo - funcionários	C0700
Capacidades Cognitivas para a Tomada de Decisões Diárias	C1000
Entrevista do Humor do Utente (PHQ-9©) - residente	D0300
Entrevista do Humor do Utente (PHQ-9©) - funcionário	D0600
Alucinações	E0100A
Ilusões	E0100B
Sintomas comportamentais físicos direcionados a outros	E0200A
Sintomas comportamentais verbais direcionados a outros	E0200B
Outros sintomas comportamentais não direcionados a outros	E0200C
Rejeição de Cuidados	E0800
Deambulação	E0900
Mobilidade na cama - Auto-Desempenho	G0110A1
Mobilidade na cama - Suporte	G0110A2
Transferências - Auto-Desempenho	G0110B1
Transferências - Suporte	G0110B2

Alimentar-se - Auto-Desempenho	G0110H1
Uso da casa de banho - Auto-Desempenho	G0110I1
Uso da casa de banho - Suporte	G0110I2
Atual Programa de Treino de Continência	H0200C
Programa de Treino Intestinal	H0500
Pneumonia	I2000
Septicemia	I2100
Diabetes <i>Mellitus</i>	I2900
Afasia	I4300
Paralisia Cerebral	I4400
Hemiplegia / Hemiparesia	I4900
Tetraplegia	I5100
Esclerose Múltipla	I5200
Febre	J1550A
Vômitos	J1550B
Desidratação	J1550C
Hemorragia Interna	J1550D
Perda de Peso	K0300
Alimentação Parentérica/ IV	K0500A
Alimentação por sonda	K0500B
Alimentação parentérica ou por sonda nasogástrica	K0700A
Fluídos por via parentérica ou por sonda nasogástrica	K0700B
Número de Úlceras de Pressão Grau 1	M0300A
Número de úlceras de pressão em Grau 2	M0300B1
Número de úlceras de pressão em Grau 3	M0300C1
Número de úlceras de pressão em Grau 4	M0300D1
Número de úlceras de pressão em Inclassificável	M0300F1
Número de Úlceras Venosas e Arteriais	M1030
Infeção no pé	M1040A
Úlcera de pé diabético	M1040B
Outra lesão aberta no pé	M1040C
Lesão aberta por outras úlceras, <i>rash</i> ou cortes	M1040D
Ferida Cirúrgica	M1040E

Queimadura	M1040F
Dispositivo de redução de pressão para cadeira	M1200A
Dispositivo de redução de pressão para cama	M1200B
Posicionar/Reposicionar	M1200C
Intervenção de nutrição ou hidratação	M1200D
Cuidados à úlcera	M1200E
Cuidados à ferida cirúrgica	M1200F
Aplicação de pensos não cirúrgicos a outros que não ao pé	M1200G
Aplicação de pomadas/medicação a outros que não ao pé	M1200H
Aplicação de pensos ao pé	M1200I
Injeções	N0300
Antes de ser utente - Antes de ser Residente/Utente	O0100A1
Antes de ser utente - Como Residente/Utente	O0100A2
Radiação - Antes de ser Residente/Utente	O0100B1
Radiação - Como Residente/Utente	O0100B2
Oxigenoterapia - Antes de ser Residente/Utente	O0100C1
Oxigenoterapia - Como Residente/Utente	O0100C2
Aspiração - Antes de ser Residente/Utente	O0100D1
Aspiração - Como Residente/Utente	O0100D2
Cuidados a Traqueostomia - Antes de ser Residente/Utente	O0100E1
Cuidados a Traqueostomia - Como Residente/Utente	O0100E1
Ventilador ou respirador - Antes de ser Residente/Utente	O0100F1
Ventilador ou respirador - Como Residente/Utente	O0100F2
Medicação IV - Antes de ser Residente/Utente	O0100H1
Medicação IV - Como Residente/Utente	O0100H2
Transfusões - Antes de ser Residente/Utente	O0100I1
Transfusões - Como Residente/Utente	O0100I2
Diálise - Antes de ser Residente/Utente	O0100J1
Diálise - Como Residente/Utente	O0100J2
Terapia da Fala e Serviços de Audiologia - Minutos individuais	O0400A1
Terapia da Fala e Serviços de Audiologia - Minutos concorrentes	O0400A2
Terapia da Fala e Serviços de Audiologia - Minutos em grupo	O0400A3
Terapia da Fala e Serviços de Audiologia - Dias	O0400A4

Terapia Ocupacional - Minutos individuais	O0400B1
Terapia Ocupacional - Minutos concorrentes	O0400B2
Terapia Ocupacional - Minutos em grupo	O0400B3
Terapia Ocupacional - Dias	O0400B4
Terapia Física (Fisioterapia) - Minutos individuais	O0400C1
Terapia Física (Fisioterapia) - Minutos concorrentes	O0400C2
Terapia Física (Fisioterapia) - Minutos em grupo	O0400C3
Terapia Física (Fisioterapia) - Dias	O0400C4
Terapia Respiratória - Dias	O0400D2
Enfermagem de Reabilitação - Amplitude de movimento (passivo)	O0500A
Enfermagem de Reabilitação- Amplitude de movimento (ativo)	O0500B
Enfermagem de Reabilitação - Ligadura, tala ou tala articulada	O0500C
Enfermagem de Reabilitação - Mobilidade na cama	O0500D
Enfermagem de Reabilitação - Transferência	O0500E
Enfermagem de Reabilitação - Caminhar	O0500F
Enfermagem de Reabilitação - Vestir-se e/ou arranjar-se	O0500G
Enfermagem de Reabilitação - Comer e/ou engolir	O0500H
Enfermagem de Reabilitação - Amputação/cuidado com próteses	O0500I
Enfermagem de Reabilitação - Comunicação	O0500J
Consulta Médica	O0600
Prescrições Médicas	O0700

No RUG III os 44 grupos são formados seguindo 9 passos.

No passo 1 é calculado o score do RUG relacionado com as AVD. Neste passo são considerado os valores obtidos na avaliação do auto-desempenho e o suporte providenciado ao utente nas quatro AVD's imputadas para o cálculo do score de AVD's. Inicialmente são verificadas as seguintes três AVD's: mobilidade na cama, transferências e uso da casa de banho. Se o auto-desempenho do utente nestas AVD's for codificado com 0, 1 ou 7 e com qualquer código no suporte, é atribuído o score AVD de 1 relativo a cada atividade. Caso o auto-desempenho seja codificado com 2 e o suporte prestado codificado qualquer número é atribuído o score de 3. Se for atribuído o código 3 ou 4 ao auto-desempenho do utente e ao suporte prestado os códigos 0, 1 ou 2

é atribuído o score 4. Por fim se ao auto-desempenho for 3, 4 ou 8 e ao suporte 3 ou 8 é atribuído o score 5.

Para aferir o score das AVD relacionadas com a alimentação devem ser verificados os itens do RAI-MDS que avaliam a alimentação parentérica/IV e a alimentação por sonda, uma vez que estas atividades estão intimamente relacionadas com a alimentação. No que se refere a alimentação parentérica/IV ou alimentação por sonda, se o item K0700A ou K0700B (Proporção do total de calorias que o utente recebeu por via parentérica ou por sonda nasogástrica) estiver assinalado, e na percentagem de consumo por via artificial estiver codificado com 3 (51% ou mais) ou 2 (26-50%) atribuir 3 para o score das AVD relacionado com a alimentação. Se nenhum destes itens estiver assinalado (K0700A ou K0700B), verificar o auto-desempenho na atividade alimentar-se e atribuir as seguintes cotações: se G0110H1 for 0, 1 ou 7 atribuir 1, se G0110H1 for 2 atribuir 2, se G0110H1 for 3, 4 ou 8 atribuir 3.

O score de AVD utilizado no RUG III resulta do somatório das cotações atribuídas para cada uma destas 4 AVD.

No passo 2 é especificada a reabilitação especial. Para os itens de Terapia da Fala e Serviços de Audiologia, Terapia Ocupacional e Terapia Física (Fisioterapia) deve ser verificado o tempo em minutos de terapia (O0400A3, O0400B3 e O0400C3). Se o total do somatório do tempo referente às diferentes terapias for inferior a 45 minutos, deve passar-se para o terceiro passo. Se o tempo total for superior a 45 minutos, deve-se contabilizar o número em dias em que estas terapias foram administradas (O0400A4, O0400B4 e O0400C4).

Devem ser contabilizadas as atividades de enfermagem de reabilitação efetuadas correspondente aos itens de programa de treino de continência urinária (H0200C), programa de treino intestinal (H0500) e programas de enfermagem de reabilitação (O0500). O número de atividades relativas a enfermagem de reabilitação utilizadas servirá também posteriormente para os passos 7, 8 e 9.

Se o paciente utilizar 45 minutos ou mais de terapia por semana, utilizar 3 ou mais dias de terapia por semana, tiver 2 tipos ou mais de enfermagem de reabilitação assinalados, e score de AVD entre 4 e 13 classificar no grupo

reabilitação baixa A (RLA). Se preencher todas as condições mas tiver um score de AVD entre 14 e 18 classificar no grupo reabilitação baixa B (RLB).

Se o paciente utilizar 150 minutos ou mais de terapia por semana, utilizar 5 ou mais dias de terapia por semana, e score de AVD entre 4 e 7 classificar no grupo reabilitação moderada A (RMA). Se preencher todas estas condições mas tiver um score de AVD entre 8 e 14 classificar no grupo reabilitação moderada B (RMB), e se tiver score de AVD entre 15 e 18 classificar no grupo reabilitação moderada C (RMC).

Se o paciente utilizar 325 minutos ou mais de terapia por semana, utilizar 5 ou mais dias de terapia por semana, e score de AVD entre 4 e 7 classificar no grupo reabilitação intensa A (RHA). Com score de AVD entre 8 e 12 classificar no grupo reabilitação intensa B (RHB), e se tiver score de AVD entre 13 e 18 classificar no grupo reabilitação intensa C (RHC).

Se o paciente utilizar 500 minutos ou mais de terapia por semana, utilizar 5 ou mais dias de terapia por semana, e score de AVD entre 4 e 8 classificar no grupo reabilitação muito intensa A (RVA). Com score de AVD entre 9 e 15 classificar no grupo reabilitação muito intensa B (RVB), e se tiver score de AVD entre 16 e 18 classificar no grupo reabilitação muito intensa C (RVC).

Terminada a classificação de pacientes no grupos major reabilitação e subgrupos respetivos, passar para o passo 3.

No passo 3 vão ser classificados os utentes que utilizam serviços extensivos.

Verificar se o paciente tem assinalado as seguintes variáveis: alimentação parentérica/IV (K0500A), aspiração (O0100D1 e O0100D2), cuidados a traqueostomia (O0100E1 e O0100E2), ventilador ou respirador (O0100F1 e O0100F2), medicação IV (O0100H1 e O0100H2). Se os utentes utilizam 1 tratamento classificar em serviços extensivos tipo 1 (SE1), se utilizam 2 ou 3 classificar em serviços extensivos tipo 2 (SE2), se utilizam 4 ou 5 classificar em serviços extensivos tipo 3 (SE3).

No passo 4 classificam-se os pacientes relativos ao grupo major de cuidados especiais. Para classificar neste grupo os pacientes devem ter assinalados um dos seguintes itens: I4400 (paralisia cerebral), I5100 (tetraplegia), I5200 (esclerose múltipla), terem identificado duas ou mais

ulceras de pressão (M0300A, M0300B1, M0300C1, M0300D1, M0300F1, M1030), tratamentos de radiação/radioterapia (O0100B1 e O0100B2), e terapia respiratória (O0400D2). Pode ainda ter a conjugação de situações específicas como o sintoma febre, alimentação por sonda, lesões abertas, feridas cirúrgicas com outras, nomeadamente: febre com pneumonia ou vômitos ou desidratação ou perda de peso ou alimentação por sonda; alimentação por sonda com afasia; lesões abertas ou feridas cirúrgicas com cuidados a feridas cirúrgicas ou aplicação de pensos ou aplicação de pomadas/medicação. Caso o paciente não se enquadre em nenhuma destas situações passar para o passo 5. Caso tenha algum destes critérios, e score de AVD entre 7 e 14 classificar no grupo cuidados especiais A (SSA), com score de AVD entre 15 e 16 classificar no grupo cuidados especiais B (SSB), e com score de ADV entre 17 e 18 classificar no grupo cuidados especiais C (SSC). Pacientes com score de ADV inferior a 7 classificam no passo 5.

No passo 5 analisam-se os critérios para classificar os pacientes na grupo major clinicamente complexo. São verificados se estão assinalados os seguintes itens: pneumonia (I2000), septicémia (I2100), hemiplegia com score de AVD maior ou igual a 10(I4900), desidratação (J1550C), hemorragia interna (J1550D), alimentação por sonda (K0500B), queimaduras (M1040F), quimioterapia (O0100A1 e O0100A2), oxigenioterapia (O0100C1 e O0100C2), transfusões (O0100I1 e O0100I2), diálise (O0100J1 e O0100J2). Pode ainda ter a seguinte conjugação de itens assinalados: coma (B0100) com auto-desempenho na mobilidade na cama (G0110A1) assinalado com 4 ou 8; coma (B0100) com auto-desempenho nas transferências (G0110B1) assinalado com 4 ou 8; coma (B0100) com auto-desempenho em alimentar-se (G0110H1) assinalado com 4 ou 8; coma (B0100) com auto-desempenho no uso da casa de banho (G0110I1) assinalado com 4 ou 8; diabetes (I2900) com injetáveis (N0300); diabetes (I2900) com alteração de prescrições médicas (O0700); infeção no pé (M1040A) e lesões abertas (M1040B) com aplicação de pensos no pé (M1200I); consulta médica (O0600) assinalada com 1 ou mais consulta nos últimos 15 dias com alteração de prescrições médicas (O0700) assinalada com 4 ou mais alterações; consulta médica (O0600) assinalada com 2 ou mais consulta nos últimos 15 dias com alteração de prescrições médicas (O0700) assinalada com 2 ou mais alterações. Se o paciente não tem qualquer um

destes critérios passar para o passo 7. Caso tenha algum destes critérios, passar ao passo 6 para avaliação da sintomatologia depressiva.

No passo 6 é avaliada a presença de sintomatologia depressiva, que se encontra assinalada na secção D do RAI-MDS, através da escala PHQ-9. Para classificar como tendo sintomatologia depressiva deverá obter no somatório final da referida escala pontuação igual ou superior a 10.

Se o utente tem algum dos critérios do passo 5, no passo 6 não apresenta sintomatologia depressiva, e tem score de AVD entre 4 e 11, classifica no grupo clinicamente complexo 1 (CA1). Se o utente tem algum dos critérios do passo 5, no passo 6 apresenta sintomatologia depressiva, e tem score de AVD entre 4 e 11, classifica no grupo clinicamente complexo 2 (CA2). Se o utente tem algum dos critérios do passo 5, no passo 6 não apresenta sintomatologia depressiva, e tem score de AVD entre 12 e 16, classifica no grupo clinicamente complexo 3 (CB1). Se o utente tem algum dos critérios do passo 5, no passo 6 apresenta sintomatologia depressiva, e tem score de AVD entre 12 e 16, classifica no grupo clinicamente complexo 4 (CB2). Se o utente tem algum dos critérios do passo 5, no passo 6 não apresenta sintomatologia depressiva, e tem score de AVD entre 17 e 18, classifica no grupo clinicamente complexo 5 (CC1). Se o utente tem algum dos critérios do passo 5, no passo 6 não apresenta sintomatologia depressiva, e tem score de AVD entre 17 e 18, classifica no grupo clinicamente complexo 6 (CC2).

No passo 7 classificam-se os pacientes que pertencem ao grupo major declínio cognitivo. Considera-se que o utente apresenta declínio cognitivo se tem uma das seguintes situações assinaladas: Coma (B0100), avaliação dos padrões cognitivos com pontuação igual ou inferior a 9 (C0500), capacidades cognitivas para tomar decisões severamente comprometidas (C1000), identificação de problemas de compreensão (B0700) e memória a curto prazo (C0700) e dificuldades na tomada de decisão (C1000), problemas severos de compreensão e severos na tomada de decisão.

Se o paciente não apresente nenhum destes critérios para se considerar presente declínio cognitivo, passar ao passo 8. Se tiver presente algum destes critérios mas o score de AVD for maior que 10 passar para o passo 9.

Se tiver presente algum destes critérios mas o score de AVD for entre 4 e 5, e nas atividades de enfermagem de reabilitação tiver assinalado apenas

uma ou nenhuma, classificar no grupo declínio cognitivo 1 (IA1). Se tiver presente algum destes critérios mas o score de AVD for entre 4 e 5, e nas atividades de enfermagem de reabilitação tiver assinalado mais de duas, classificar no grupo declínio cognitivo 2 (IA2). Se tiver presente algum destes critérios mas o score de AVD for entre 6 e 10, e nas atividades de enfermagem de reabilitação tiver assinalado apenas uma ou nenhuma, classificar no grupo declínio cognitivo 3 (IB1). Se tiver presente algum destes critérios mas o score de AVD for entre 6 e 10, e nas atividades de enfermagem de reabilitação tiver assinalado mais de duas, classificar no grupo declínio cognitivo 4 (IB2).

No passo 8 são classificados os pacientes que pertencem ao grupo denominado problemas de comportamento. Considera-se presença de problemas de comportamento se os pacientes tiverem um score de AVD menor ou igual a 10, e um dos seguintes itens assinalados na avaliação: alucinações (E0100A), ilusões (E0100B), sintomas comportamentais físicos direcionados a outros (E0200A), sintomas comportamentais verbais direcionados a outros (E0200B), outros sintomas comportamentais direcionados a outros (E0200C), rejeição de cuidados (E0800) e deambulação errante (E0900).

Se tiver presente algum destes critérios, o score de AVD for entre 4 e 5, e nas atividades de enfermagem de reabilitação tiver assinalado apenas uma ou nenhuma, classificar no grupo problemas de comportamento 1 (BA1). Se tiver presente algum destes critérios, o score de AVD for entre 4 e 5, e nas atividades de enfermagem de reabilitação tiver assinalado duas ou mais, classificar no grupo problemas de comportamento 2 (BA2). Se tiver presente algum destes critérios, o score de AVD for entre 6 e 10, e nas atividades de enfermagem de reabilitação tiver assinalado apenas uma ou nenhuma, classificar no grupo problemas de comportamento 3 (BB1). Se tiver presente algum destes critérios, o score de AVD for entre 6 e 10, e nas atividades de enfermagem de reabilitação tiver assinalado duas ou mais, classificar no grupo problemas de comportamento 4 (BB2).

No passo 9 classificam-se os utentes que têm critérios para pertencer ao grupo major denominado condição física reduzida. Neste grupo deverão ficar todos os pacientes que ainda não tiveram critérios para classificar em nenhum outro grupo major anterior, subdividindo-se os grupos mediante o score de AVD e a utilização de atividades de enfermagem de reabilitação.

Se o score de AVD for entre 4 e 5, e nas atividades de enfermagem de reabilitação tiver assinalado apenas uma ou nenhuma, classificar no grupo condição física reduzida 1 (PA1). Se o score de AVD for entre 4 e 5, e nas atividades de enfermagem de reabilitação tiver assinalado duas ou mais, classificar no grupo condição física reduzida 2 (PA2). Se o score de AVD for entre 6 e 8, e nas atividades de enfermagem de reabilitação tiver assinalado apenas uma ou nenhuma, classificar no grupo condição física reduzida 3 (PB1). Se o score de AVD for entre 6 e 8, e nas atividades de enfermagem de reabilitação tiver assinalado duas ou mais, classificar no grupo condição física reduzida 4 (PB2). Se o score de AVD for entre 9 e 10, e nas atividades de enfermagem de reabilitação tiver assinalado apenas uma ou nenhuma, classificar no grupo condição física reduzida 5 (PC1). Se o score de AVD for entre 9 e 10, e nas atividades de enfermagem de reabilitação tiver assinalado duas ou mais, classificar no grupo condição física reduzida 6 (PC2). Se o score de AVD for entre 11 e 15, e nas atividades de enfermagem de reabilitação tiver assinalado apenas uma ou nenhuma, classificar no grupo condição física reduzida 7 (PD1). Se o score de AVD for entre 11 e 15, e nas atividades de enfermagem de reabilitação tiver assinalado duas ou mais, classificar no grupo condição física reduzida 8 (PD2). Se o score de AVD for entre 16 e 18, e nas atividades de enfermagem de reabilitação tiver assinalado apenas uma ou nenhuma, classificar no grupo condição física reduzida 9 (PE1). Se o score de AVD for entre 16 e 18, e nas atividades de enfermagem de reabilitação tiver assinalado duas ou mais, classificar no grupo condição física reduzida 10 (PE2).

Caso um paciente tenha critérios para classificar em mais que um grupo, deverá ser colocado sempre no grupo mais elevado que ele tem critérios para ser classificado.

O grupo major reabilitação inclui os utentes que utilizam terapia da fala, terapia ocupacional e/ou fisioterapia. Em Portugal, a Portaria n.º 67/2012 do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, que define as condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as estruturas residenciais para pessoas idosas, não obriga a ter estes profissionais no pessoal que trabalha nestas instituições, prevendo-se assim que este grupo major em Portugal possa ter poucos ou nenhuns utentes.

O sistema RUG-III, seguindo a internacionalização do RAI-MDS, foi também já testado em diversos países (Bjorkgren et al., 1999; Brizioli et al., 2003; Carpenter, Ikegami, Ljunggren, Carrillo, & Fries, 1997; Carpenter, Perry, Challis, & Hope, 2003; Chou et al., 2008; Francesconi et al., 2006; Ikegami et al., 1994; Topinkova et al., 2000). A validação e a variância explicada na utilização de recursos com o RUG em diferentes países encontra-se comparada na Tabela 1.3.

A validação do RUG é feita, em grande parte dos estudos, por comparação da classificação RUG com o tempo utilizado, calculando as diferenças das médias da utilização de recursos entre os diferentes grupos, e verificando a homogeneidade dentro de cada grupo (Cooney & Fries, 1985). Para recolher o tempo utilizado por cada paciente o método recorrente nestes trabalhos é o auto-registo. Assim, é pedido a cada profissional que registre o tempo dispensado para a prestação de cuidados a cada paciente. Estes tempos são ainda depois ajustados ao peso que têm no custo total dos cuidados necessários para o utente, de acordo com as tabelas salariais em cada país.

Verifica-se que nos países que testaram o RUG-III, este demonstrou ter um potencial discriminatório na utilização de recursos. Como se pode verificar na tabela 3, as maiores diferenças na utilização de recursos por grupo (CMI) foi encontrada nos EUA e na China, sendo que o grupo com maior utilização de recursos chega a utilizar cerca de nove vezes mais recursos que o grupo que utiliza menos recursos. A maior variação explicada foi encontrada nos EUA onde o sistema de classificação foi desenvolvido, sendo que nos restantes países a variação explicada, apesar de menos, foi satisfatória. A menor variância explicada foi encontrada na China e na Finlândia. Na China a variância explicada, inferior à maioria dos estudos anteriores, pode explicar-se pela distribuição da amostra, maioritariamente nos grupos com menor necessidade de cuidados, havendo 12 grupos do RUG sem indivíduos.

Tabela 1.3 Comparação da variância explicada com o RUG-III em diferentes países

Autor	Fries, B. E., Schneider, D. P., Foley, W. J., Gavazzi, M., Burke, R., & Cornelius, E. (1994)		Ikegami, N., Fries, B. E., Takagi, Y., Ikeda, S., &Ibe, T. (1994)		Carpenter, G. I., Main, A., & Turner, G. F. (1995)		Bjorkgren, M. A., Hakkinen, U., Finne-Soveri, U. H., & Fries, B. E. (1999)		Topinkova, E., Neuwirth, J., Mellanova, A., Stankova, M., &Haas, T. (2000)		Brizioli, E., Bernabei, R., Grechi, F., Masera, F., Landi, F., Bandinelli, S., et al. (2003)		Chou, K. L., Chi, I., &Leung, J. C. (2008)	
País	E.U.A.		Japão		Inglaterra e País de Gales		Finlândia **		República Checa		Itália		China (Hong Kong)	
N	Indivíduos	871	1975	1964	1162	999	1127	7658						
	Instituições	4	26	10	18	11	7	202						
Variação Explicada %		55.5	43.8	28.2	38.2	59.0	45.0	28.8						
CMI	Min	0.40 *	0.60 *	0.42	0.39	0.45	0.52	0.39						
	Max	3.23 *	2.20 *	2.52	2.71	2.53	1.91	3.68						
Conclusões	- Diferencia efetivamente os recursos utilizadas pelos residentes. - A classificação em 44 grupos explica melhor a diferença na utilização de recursos.		-Válido e fiável para medir a utilização de recursos em cuidados de longa duração. - A elevada variância explicada na utilização de recursos demonstra que este sistema é um bom preditor dos custos dos cuidados.		- Homogeneidade na utilização de recursos nos grupos RUG-III. - Explica bem a variância na utilização de recursos. - Ferramenta útil para a gestão de instituições geriátricas.		- Foi demonstrada a transferibilidade do RUG-III entre sistemas de saúde. - A versão de 22 grupos do RUG-III pode ser especialmente útil em sistemas de informação, pois requer a avaliação de menos itens.		- Adequado para cuidado de longa duração. - Além de seu uso para incentivos de pagamento, pode ser usado na gestão das instituições, em processo de garantia de qualidade e para a análise comparativa a nível nacional e internacional.		- Bom preditor dos recursos utilizados. - Enfatiza a necessidade da implementação de um sistema de financiamento baseado nas características e necessidades dos pacientes, e não no tipo de instituição. - Ajuda na gestão e controlo da qualidade.		- Instrumento válido e fiável. - A informação que fornece pode servir para desenvolver um sistema de financiamento, perceber os custos e a qualidade dos cuidados.	

* Dados aproximados retirados de gráficos

**RUG-III adaptado numa versão de 22 grupos, devido à inexistência de alguns grupos no sistema de cuidados de longa duração na Finlândia.

Nota: Trabalho publicado por Fernandes and Martin (2013) no âmbito do programa doutoral.

Esta distribuição pode justificar-se pela tipologia das instituições. Na Finlândia, os investigadores foram confrontados com a mesma situação (Bjorkgren, Fries, & Shugarman, 2000; Bjorkgren et al., 1999; Bjorkgren, Hakkinen, & Linna, 2001; Laine, 2006). O facto de haver grupos na classificação sem indivíduos, nomeadamente os grupos com níveis de utilização de recursos mais elevada, levou a que optassem por reagrupar os grupos mais elevados, criando assim uma classificação com 22 grupos. Este sistema de classificação de 22 grupos que deriva do RUG-III mostrou-se funcional para várias tipologias de cuidados dentro do sistema de saúde, chegando mesmo a ser mais prático devido a ter reduzido o número de variáveis necessárias para a classificação. Na generalidade, o sistema de classificação RUG-III, mostrou-se válido e fiável para explicar a variação na utilização de recursos, sendo uma ferramenta útil em instituições que prestam cuidados de longa duração a idosos .

Este sistema de classificação de utentes tem já demonstrado bons níveis de validade e fiabilidade (Bjorkgren et al., 2004; Bjorkgren et al., 1999; Carpenter et al., 2003; Chou et al., 2008; Fries et al., 1994; Huijbregts et al., 2009; Mueller, 2000; Topinkova et al., 2000). A sua implementação em diversos países (Inglaterra, Finlândia, Itália, China, República Checa) mostrou-se útil para o financiamento das instituições e para o cálculo de dotação de pessoal em função das características dos utentes, sendo ainda útil para a melhoria da qualidade das instituições e tomada de decisão política, tanto a nível interno institucional como a nível governamental. O desempenho deste sistema de classificação, paralelamente às potencialidades do RAI-MDS, levou já à criação de um grupo, o InterRai que conta com 45 individualidades de 22 países, que demonstra o interesse internacional neste instrumento e no respetivo método de avaliação de utentes. O RUG-III poderá ajudar na sustentabilidade e melhoria das instituições que prestam apoio social e cuidados de saúde a idosos.

Em Portugal torna-se pertinente a implementação de um sistema de classificação com fins de financiamento que seja transversal a todas as instituições, e que possa ser utilizado pela entidade que coordena o funcionamento deste tipo de instituições. Isto é especialmente importante

considerando o aumento do número de instituições que prestam cuidados de saúde e apoio social de longa duração a idosos, o aumento da sua lotação e o contínuo de taxas de ocupação elevadas, associado às dificuldades de sustentabilidade, e tendo em vista uma melhoria da qualidade dos cuidados e serviços prestados em território nacional. No caso do RUG, este sistema de classificação tem a vantagem de utilizar como instrumento de recolha de dados o RAI, que permite uma comparação a nível inter-institucional e internacional.

A necessidade de introduzir no sistema português de gestão e organização deste tipo de instituições foi já referido anteriormente (Fonseca, Aleixo, Fontes, & Escoval, 2012). É pertinente e oportuno implementar a monitorização de indicadores que permita, baseado na evidência, tomar decisões sobre o modo de funcionamento e o método de trabalho que estas instituições necessitam para manter elevados níveis de qualidade.

Os países utilizam diferentes tipos de sistemas, podendo dividir-se em dois grandes grupos: sistemas que se baseiam num contínuo de necessidade de cuidados, e sistemas de classificação de utentes que enfatizam o potencial de reabilitação. Ambos permitem o financiamento dependendo do tipo de utente. No entanto, o RUG apresenta duas vantagens: introduz indicadores de qualidade, e por isso não avalia apenas o utente mas também os serviços prestados a esse utente; tem subjacente um instrumento de avaliação transversal e multidimensional, o RAI-MDS; valoriza o trabalho dos profissionais, pois torna visível o esforço na reabilitação e manutenção de uma qualidade de vida dos utentes.

As principais dificuldades com a implementação deste sistema de classificação são: o tamanho do instrumento de avaliação, que torna o processo de avaliação moroso; a complexidade do sistema de classificação, que impõe uma adaptação à realidade cultural e organizacional (Chou et al., 2008; Dellefield, 2006; Francesconi et al., 2006; Ikegami et al., 1994; Kim, 2003). A utilização deste sistema de classificação será tão melhor aceite quanto melhor for conhecido o sistema de classificação e o instrumento de avaliação subjacente. Assim sendo, será necessário fornecer formação prévia aos profissionais que venham a utilizar este sistema.

2. Métodos e procedimentos do estudo

Neste capítulo apresentam-se os métodos e procedimentos desenvolvidos neste estudo. Inicia-se com a justificação do tema para este trabalho, seguido da descrição dos objetivos do estudo, a metodologia adotada, a descrição da amostra e a explanação dos instrumentos utilizados para a recolha de dados. Por fim, procede-se à apresentação dos procedimentos efetuados.

2.1. Justificação do tema

O envelhecimento da população é um facto amplamente conhecido, estudado e mediatizado, quer a nível nacional quer mundial. Contudo, o aumento do tempo de vida nem sempre é acompanhado por um aumento da qualidade de vida. Pelo contrário, esta tende a diminuir com o processo de envelhecimento (Paúl, 1992). As alterações nos níveis de qualidade de vida dos idosos estão associados ao aparecimento de novas necessidades em várias áreas, como declínio das funções corporais, alterações psicológicas, alterações ao nível social, entre outras (Ribeiro & Paúl, 2012).

Paralelamente ao fenómeno do aumento da esperança média de vida e no sentido de dar respostas a alguns dos desafios que o envelhecimento acarreta, apareceram e desenvolveram-se em grande escala instituições que prestam cuidados de longa duração a esta faixa etária populacional, resultado das políticas sociais para as pessoas idosas em Portugal baseadas num modelo assistencialista, e operacionalizadas essencialmente através de protocolos de cooperação com Instituições Privadas de Solidariedade Social (Martín & Lopes, 2008).

Estes serviços de apoio à pessoa idosa têm como intuito dar resposta e apoiar as suas necessidades, através da prestação de cuidados pessoais, reabilitação e de saúde que preservem a qualidade de vida das pessoas com dependência. O aumento do número de instituições levou ao inevitável aumento do número de pessoas integradas nesta tipologia de cuidados. Este

contexto evidenciou algumas das fragilidades dos atuais sistemas de saúde e de segurança social (Kane & Kane, 2000).

Assim como o envelhecimento demográfico, o trabalho desenvolvido nestes contextos institucionais é inédito, pois não há antecedentes de um fenómeno semelhante na história da humanidade (ONU, 2009). Trabalhar com pessoas idosas em contexto institucional e comunitário é um desafio para todos os profissionais. As alterações sociais, a reorganização do sistema nacional de saúde, a evolução das tipologias assistenciais para os idosos, o aparecimento de novas tipologias bem como as alterações das características individuais das pessoas idosas, obrigam a repensar o modelo de assistência, de financiamento, de educação e de intervenção institucional para estas pessoas (Fonseca, 2013).

É impreterível que as instituições ultrapassem os novos desafios e se adaptem às necessidades que surgem, devendo ter a capacidade de redefinir padrões de qualidade de vida para que num futuro próximo consigam elevar estes mesmos padrões (Laine, Linna, Noro, et al., 2005). Contudo, a preocupação com a qualidade dos cuidados e apoios prestados neste tipo de instituições é uma problemática atual mas não restrita ao domínio institucional. É um dever ao nível dos académico, governo e sociedade apresentar ideias que possam ser discutidas, desenvolver projetos de qualidade e colaborar com os operadores institucionais para que estes melhorem e enquadrem a sua oferta de cuidados e serviços na real necessidade das pessoas idosas.

Conhecer as características individuais dos utentes que frequentam estas instituições, e a relação que estas características têm com a utilização dos recursos disponíveis na instituição por parte das pessoas idosas, poderá ajudar na organização e gestão institucional, no sentido da melhoria dos cuidados (Cooney & Fries, 1985; Morris et al., 1990).

Este trabalho vem no sentido de compreender melhor o trabalho desenvolvido nas instituições que prestam cuidados de saúde e apoio social de longa duração para pessoas idosas, enfatizando-se a investigação na utilização de recursos que é feita nos lares de idosos.

2.2. Objetivo do estudo

A investigação sobre a utilização de recursos em lar de idosos reporta à compreensão das necessidades de cuidados e apoio que os utentes das instituições necessitam especificamente, ajudando a perceber a imputação de recursos a cada caso tipificado.

Partindo do trabalho desenvolvido por Morris et al. (1990), e percebendo as vantagens e potencialidades da utilização de um instrumento de avaliação internacional para cuidados de longa duração (Gilgen & Garms-Homolova, 1995), pretende-se utilizar o RAI (Resident Assessment Instrument – Minimum Data Set 3.0) para comparar esta amostra com outras amostras em contexto internacional, no que toca a sua caracterização, ao seu estado de saúde, e aos cuidados e apoios utilizados. A utilização deste instrumento de avaliação irá permitir também a tipificação do utente em lar de idosos. Para tal será adotada uma estratégia de caráter descritivo.

Para compreender melhor a utilização dos recursos que a instituição disponibiliza, seguiram-se os procedimentos desenvolvidos por Fries and Cooney (1985) aquando da criação de um sistema de classificação para cuidados de longa duração. O sistema de classificação criado para os cuidados de longa duração evoluiu com os trabalhos desenvolvidos por Schneider et al. (1988), Fries et al. (1989) e Fries et al. (1991), tornando-se oportuno neste momento a utilização do sistema de classificação RUG-III. Uma vez que este sistema de classificação está a ser utilizado em diferentes contextos internacionais, irá permitir a comparação da distribuição dos utentes nos diferentes grupos de utilização de recursos.

Os objetivos definidos para este trabalho tiveram em conta a linha de pensamento de Ikegami et al. (1994), Fries et al. (1994), e Carpenter, Ikegami, et al. (1997), especificamente no que concerne à abordagem teórica da utilização de recursos em instituições de apoio e prestadores de cuidados de longa duração para pessoas idosas.

Atendendo os trabalhos desenvolvidos no contexto português relativamente a este tipo de instituições, nomeadamente os trabalhos desenvolvidos por Paúl (1992), Paúl (1996), Fonseca and Paúl (2006), Martín and Lopes (2008) e Fonseca (2013), que se focaram em compreender a forma

como as pessoas envelhecem em Portugal, os diferentes tipos de apoio social e cuidados de saúde disponibilizados para esta população e a sua evolução, a linha de pensamento dos autores que se debruçaram sobre a análise da utilização de recursos em cuidados de longa duração para pessoas idosas em contexto internacional será adaptada à realidade portuguesa. Para desenvolver esta adaptação será desenvolvido um sistema de classificação com base nos dados desta amostra, que permitirá posteriormente a comparação entre os dois sistemas de classificação, o RUG-III e o sistema de classificação criado.

Para avaliar a utilização de recursos em lar de idosos através do RAI (Resident Assessment Instrument – Minimum Data Set 3.0) e do RUG-III (Resource Utilization Groups), definiram-se como objetivos:

1. Descrever as características dos utentes residentes em lares de idosos a partir do protocolo RAI-MDS 3.0;
2. Analisar a distribuição da amostra segundo a classificação do RUG-III (44 grupos);
3. Criar um sistema de classificação com base nas variáveis avaliadas com o RAI-MDS 3.0.

2.3. Metodologia

A metodologia adotada seguiu as etapas e procedimentos dos autores do sistema de classificação RUG-III, nomeadamente o instrumento de colheita de dados e a metodologia de análise estatística.

Assume-se também neste estudo, à semelhança do descrito por Schneider et al. (1988), Fries et al. (1989) e Bjorkgren et al. (1999) que a utilização dos recursos humanos da instituição, o tempo utilizado pelos profissionais na prestação dos cuidados e do apoio social, representa grande parte dos custos institucionais. A recolha de informação da variável dependente, os recursos utilizados, foi assim avaliada por auto-relato do tempo

utilizado para a prestação de cuidados e apoio social aos utentes, tendo sido este um método amplamente utilizado em estudos anteriores e que se mostrou adequado e funcional (Brizioli et al., 2003; Francesconi et al., 2006). Para tal foi construído um formulário de registo de tempo próprio, adequado à realidade portuguesa e às categorias profissionais que trabalham neste tipo de instituições, que se apresenta no anexo V.

O formulário de registo do tempo incluiu as categorias profissionais descritas na Portaria 67/2012 de 21 de Março, que têm contacto direto com os residentes, e ainda outras categorias, que apesar de não estarem referidas nesta portaria como obrigatórias, que define as condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as estruturas residências para pessoas idosas, se encontram frequentemente nestas instituições, tais como: médico, fisioterapeuta, psicólogo, técnico de serviço social, nutricionista/dietista.

Este estudo é transversal, pois tem apenas um momento de avaliação, adotando uma metodologia quantitativa.

A análise estatística foi feita com recurso ao programa IBM SPSS Statistics versão 19.0. Foi considerado significativo um valor de $p < 0.05$.

2.4. Amostra

A amostra selecionada para este estudo é uma amostra de conveniência. Por questões de organização e disponibilidade do investigador e, também, da colaboração por parte das instituições que aceitaram participar no estudo, optou-se por realizar o estudo em seis lares de idosos, o que proporcionou o contacto com uma amostra de 270 idosos institucionalizados, dos quais 245 acederam a preencher o RAI-MDS 3.0.

Foi também solicitado aos profissionais que exerciam funções nas instituições selecionadas, que preenchessem o formulário de registo do tempo utilizado na prestação de cuidados e apoio social por utente.

Esta amostra é constituída maioritariamente por mulheres (70,2%), viúvas (56,7%), com baixo nível de literacia (87,0% inferior ou igual à 4ª

classe), com oitenta ou mais anos (63,3%, M=82,09, DP±8,01), com baixos rendimentos (59,3% inferior a 400€), mas com baixos níveis de dependência nas AVD (56% com score no índice de AVD do RUG-III correspondente à independência total). As patologias mais frequentes a hipertensão arterial, dislipidémia e diabetes mellitus (48,6%, 21,2% e 18,0% respetivamente).

A colheita de dados para o estudo foi feita pelo investigador. Esta decisão teve em conta alguns aspetos fundamentais: eliminar, na medida do possível, a subjetividade decorrente de diferentes perceções no preenchimento do instrumento; o investigador poder trabalhar no terreno, realizar a observação e tirar notas de campo que pudessem vir a revelar-se um complemento para a compreensão da experiência em estudo.

2.5. Instrumentos

O RAI-MDS é um questionário estruturado, composto por 18 secções, sendo elas: (a) identificação; (b) audição, fala e visão; (c) padrões cognitivos; (d) humor; (e) comportamento; (f) preferências para rotina e atividades habituais; (g) estado funcional; (h) bexiga e intestino; (i) diagnóstico e doenças ativas; (j) condições de saúde; (k) estado deglutição/nutricional; (l) estado oral/dental; (m) condições da pele; (n) medicação; (o) tratamentos especiais e procedimentos; (p) restrições; (q) participação na avaliação e fixação de objetivos e por fim (v) área de avaliação de cuidados (AAC).

Ao longo das secções, a resposta à maioria das perguntas é efetuada por códigos definidos nas opções de resposta, sendo que em casos específicos pode ser feita através de respostas abertas. Ao longo do instrumento é universal que o código 8 se aplica caso a atividade questionada não se verificou ou não tenha ocorrido no período considerado na avaliação, 9 no caso de não obter resposta, a resposta apresentada não é percetiva, ou quando não é possível determinar a resposta, e 99 no caso de não se conseguir terminar a secção em causa.

Em seguida apresenta-se uma visão de cada uma das secções do RAI-MDS.

Identificação - Secção A

Na secção de identificação pretende-se obter informações-chave para identificar, de forma individual, cada residente da instituição de cuidados e as razões para o seu internamento. As seis primeiras perguntas, de A0100 a A0600, têm como objetivo fazer a identificação da instituição, o tipo de equipamento, a natureza jurídica desta, o tipo de financiamento, a entidade financiadora da mesma e o tipo de serviço que é prestado ao utente em concreto. Posteriormente é feita a identificação do residente, através do seu primeiro e último nome (A0700), e recolhidos os seus dados socio demográficos (A0800 a A1400), nomeadamente: género, data de nascimento, língua, estado civil, escolaridade, profissão e residência (concelho). No que toca ao idioma linguístico (A1000), é verificado se o utente necessita ou quer um intérprete para comunicar com o médico ou com os outros profissionais. Caso a resposta seja afirmativa, deve ser especificada a língua preferencial. A barreira linguística pode ser muito frustrante, resultando em isolamento, depressão e necessidades não satisfeitas, sendo também um entrave a uma avaliação precisa.

Em seguida é documentada a data de entrada na instituição (A1500), o tipo de entrada (A1600) seja admissão ou readmissão, a origem da entrada (A1700) e a data de referência da avaliação (A1800). A origem de entrada tem como finalidade entender a situação em que o indivíduo estava imediatamente antes de entrar para a instituição, permitindo a partir desta informação, planear a assistência que deverá ser prestada, bem como a gestão de alta e posteriores discussões. Como opções de resposta têm-se: 01) comunidade (domicílio privado, famílias de acolhimento); 02) internamento hospitalar; 03) clínica de reabilitação; 04) segurança social e 05) instituição de apoio social.

Na secção A, é também recolhida informação sobre a situação socioeconómica do utilizador (A1900 a A2000) através da identificação da rede social primária, em que é verificado o número de indivíduos e o grau de parentesco dos elementos integrantes da retaguarda familiar do utente, as entidades que apoiam financeiramente o utente, a pessoa de referência que deve ser contactada em caso de necessidade e é ainda verificado o rendimento total bruto mensal. É aplicada a escala de Gijon que avalia a situação familiar

(A2100), económica (A220), habitacional (A2300), as relações sociais (A2400) e o apoio de rede social (A2500) que o utente tem. No que concerne à situação familiar (A1200) pretende-se saber se a pessoa vive sozinha ou acompanhada, e no caso de viver acompanhada se este acompanhante tem algum grau de dependência, já no caso de viver sozinho se tem familiares próximos, como filhos. A situação económica (A2200) é um fator que se pode mostrar ser um grande facilitador ou entrave para a vida das pessoas idosas. Para esta questão (A2200) existem 5 opções de resposta, sendo elas: 1) mais de 2 salários mínimos; 2) de 2 salários mínimos até 1 salário mínimo; 3) desde o salário mínimo até à pensão do sistema contributivo; 4) desde a pensão do sistema contributivo até à pensão social e 5) sem rendimentos ou inferiores ao anteriormente apresentado. Em termos habitacionais (A2300) verifica-se se a casa da pessoa está adequada às suas necessidades, se existem barreiras arquitetónicas que sejam um entrave à mobilidade, quais as condições de higiene e da adequação do equipamento (por exemplo, a ausência de água quente ou casa de banho incompleta), se existe elevador e telefone, ou se a habitação é inadequada para a pessoa (por exemplo, se a habitação está em ruínas).

Em termos de relações sociais (A2400) verifica-se com quem é que estas são estabelecidas, se a pessoa não sai do domicílio, se tem ou não visitas, se mantém relações sociais só com família e/ou vizinhos. O apoio que o utente recebe por parte da sua rede social é também avaliado (A2500), considerando-se: 1) com apoio familiar ou de vizinhos; 2) voluntariado social, ajuda domiciliária; 3) não tem apoio; 4) pendente do ingresso numa instituição geriátrica e 5) tem cuidados permanentes.

No final (A2600) é feito o somatório das perguntas A1700 a A2100. No caso de uma ou mais questões não terem sido respondidas, deve ser inserido o código de 99.

Audição, fala e visão - Secção B

A partir da secção B a avaliação dos itens deve ser feita considerando os últimos sete dias, a não ser que seja indicado outro período de tempo.

Na secção B é documentada a capacidade de audição, compreensão e comunicação do utente com os outros, bem como as suas limitações visuais ou

dificuldades relacionadas com as doenças típicas em pessoas idosas. A pergunta B0100 verifica se o utente se encontra em estado vegetativo persistente ou sem consciência discernível. Tendencialmente os utentes em coma ou estado vegetativo persistente apresentam maior risco de imobilidade, incluindo alterações cutâneas, como por exemplo úlceras de pressão e contraturas articulares. Caso esteja documentado por um profissional de saúde, seja médico, enfermeiro ou outro especialista clínico, o diagnóstico de coma ou estado vegetativo há mais de 7 dias, esta pergunta deve ser codificada com o valor 1 (sim) e deve avançar-se para a secção G que avalia as AVD. Caso o utente não se encontre em estado comatoso deve seguir-se com a recolha de dados da secção B e verificar-se: a capacidade de audição (B0200), considerando-se adequada, com dificuldade mínima, com dificuldade moderada ou severamente comprometida; o uso de aparelho ou outra ajuda auditiva (B0300); a clareza do discurso (B0600), que pode ser classificado como discurso claro, discurso pouco claro ou ausência de discurso; e a capacidade de se fazer compreender e de compreender os outros (B0700 e B0800). No caso de o utente utilizar produtos de apoio como aparelhos auditivos, a sua capacidade de audição deve ser verificado com a utilização do mesmo. O despiste de problemas auditivos é de enorme importância pois estes podem contribuir para a privação sensorial, isolamento social, perturbações de humor e de comportamento. A incapacidade de compreender e comunicar com outras pessoas pode limitar severamente a sociabilidade com os outros e pode também inibir a capacidade da pessoa seguir instruções, o que pode afetar e colocar em causa a sua saúde e segurança. Os problemas comunicacionais sem soluções, relacionados com deficiência auditiva, podem ser confundidos com alterações cognitivas. Em relação à visão (B1000 e B1200) deve avaliar-se a capacidade de ver com luz adequada, com óculos ou outro dispositivo de compensação visual, e o uso de lentes corretivas, sejam lentes de contacto, óculos ou óculos de ampliação. Ao longo do tempo a capacidade visual vai diminuindo gradualmente. Se a perda deste sentido não for corrigida, a pessoa pode ficar limitada no desenvolvimento das suas atividade quotidianas, como por exemplo ler jornais, cartas, entre outros. O comprometimento moderado ou grave da visão pode contribuir para a privação sensorial, isolamento social e humor deprimido. É importante perceber se o utente que não tem lentes

corretivas poderia beneficiar com elas, e se o utente que usa lentes corretivas está a usar o que é adequado para si.

Padrões cognitivos - Secção C

Na secção C do MDS são avaliados os padrões cognitivos do utente em cuidados de longa duração. Estes itens pretendem determinar a capacidade do utente para se lembrar de dois eventos recentes e do passado (envolvendo a memória de curto e longo prazo), bem como pensar de forma coerente. Estas informações são cruciais para a tomadas de inúmeras decisões de planeamento de cuidados.

Na pergunta C0100, o investigador vai identificar se a entrevista para avaliação do estado cognitivo deve ser iniciada, neste caso a Breve Entrevista do Estado Mental (EBEM). Deve iniciar-se esta avaliação, se o utente conseguir responder às perguntas verbalmente ou se conseguir comunicar de forma escrita.

Um teste cognitivo estruturado é a forma mais precisa e fiável de avaliar o estado mental de uma pessoa. Sem uma entrevista cognitiva estruturada, como o EBEM, o utente pode ser erradamente diagnosticado pela sua aparência ou desempenho cognitivo. Inúmeras condições podem parecer prejudicar a atividade cognitiva, como por exemplo a fragilidade extrema, a falta ou insuficiente interação auditiva. Noutros casos, os utentes podem parecer ter a cognição intacta e isto pode não ser verdade.

As entrevistas estruturadas são eficientes a fornecer informação sobre a condição de saúde do utente, no momento, que irão promover o desenvolvimento de um plano de cuidados adequado às características, como referido anteriormente. O desempenho dos utentes nas entrevistas com foque nos padrões cognitivos podem ser comparadas ao longo do tempo, permitindo a monitorização do declínio das funções cognitivas.

A Breve Entrevista do Estado Mental (EBEM) desenrola-se entre a pergunta C0200 e C0500. Esta deve ser realizada num ambiente privado, sem ruídos de fundo, e deve ser garantido que o utente consegue ouvir o investigador. Deve ser feita uma breve introdução ao utente do que se irá seguir. Caso se tenha verificado a existência de deficiência auditiva, o utente deve responder às perguntas utilizando os produtos de apoio que usa

habitualmente. Se necessário, deve disponibilizar-se a utilização de apoios externos, como amplificadores de audição.

A pergunta C0200 verifica a capacidade do utente para repetir três palavras que lhe foram ditas. A incapacidade de repetir as palavras na primeira tentativa pode indicar uma deficiência auditiva, barreira linguística ou desatenção, que pode ser um sinal de *delirium*. Deverão ser dadas mais duas tentativas e se necessário pistas verbais.

De seguida verifica-se a orientação temporal do utente, relativamente ao ano, mês e dia. Estes três indicadores temporais devem ser questionados separadamente. De acordo com a pergunta, as opções de resposta variam. Relativamente ao ano (C0300.A.) pode-se considerar: 0) errou por mais de 5 anos ou não respondeu; 1) errou por 2 a 5 anos; 2) errou por 1 ano; 3) correto. No que toca ao mês (C0300.B.) tem-se como opções: 0) errou por mais de um mês ou não respondeu; 1) errou por 6 dias a 1 mês; 2) correto até 5 dias. Finalmente, quando se pergunta o dia (C0300.C.), as opções de resposta são limitadas a: 0) incorreto ou não respondeu e 1) correto. Problemas ao nível de orientação temporal podem levar à diminuição da comunicação ou participação em atividades.

Seguidamente no EBEM recolhe-se informação sobre a capacidade de memória do utente (C0400). Aqui deve solicitar-se ao utente que recorde as três palavras que lhe foram pedidas para memorizar na pergunta C0200. Se o utente não for capaz de recordar as palavras, devem ser dadas pistas de memória para o ajudar e diminuir o seu grau de frustração. As opções de codificação para recordar as três palavras, de forma individual, variam entre: 0) não - não se lembrava; 1) sim, depois da pista e 2) sim, sem requerer pista.

Deve ser feita a soma da pontuação (C0500) das questões C0200 a C0400, podendo esta variar entre o 00 e 15 pontos. A pontuação permite a comparação de desempenhos futuros com os anteriores, e fornece à equipa uma estimativa mais confiável da função cognitiva do residente ao longo do tempo.

Apesar de ser preferível que a avaliação do estado cognitivo seja feita através de uma entrevista estruturada à própria pessoa, uma vez que diminui a possibilidade de serem atribuídos diagnósticos errados, uma minoria dos utentes pode não ser capaz de comunicar ou de completar a entrevista. Nestes

casos, é necessário um relatório do comportamento observado. Sendo assim faz-se uma Avaliação do Estado Mental pelos Funcionários (C0700-C1000). Para que a entrevista do EBEM tenha ficado incompleta, o utente teve que optar por não responder ou dar respostas sem lógica nos itens deste teste. Se tal tiver acontecido deve seguir-se com a Avaliação do Estado Mental pelos Funcionários. Nos primeiros dois itens deste teste, C0700 e C0800, é verificada a memória de curto e longo prazo respetivamente. Assim pergunta-se ao funcionário se o utente parece ou aparenta lembrar-se de um evento 5 minutos após ter ocorrido (C0700), e se parece ou aparenta lembrar-se do passado longínquo como por exemplo se este se lembra de uma fotografia, lembrança ou outro quando a família o visita (C0800). As respostas são ambas codificadas como: 0) memória OK ou 1) problema de memória.

Em seguida é avaliada a memória/capacidade de recordar (C0900). Problemas neste item podem indicar comprometimento cognitivo e a necessidade de apoio adicional com lembretes, promovendo uma maior independência. Deve ser verificado, junto do funcionário, se o utente consegue lembrar-se da estação do ano no momento (C0900.A.), a localização do próprio quarto (C0900.B.), nomes e caras das pessoas da instituição (C0900.C.) e se a pessoa sabe que está numa instituição (C0900.D.). Caso seja referido que o utente não consegue, normalmente, recordar nenhuma destas respostas, deve ser assinalada a opção Z. Nenhuma das anteriores foram recordadas. O último item da Avaliação do Estado Mental pelos Funcionários pretende verificar as capacidades cognitivas para a tomada de decisões diárias (C1000), como por exemplo, escolher a roupa para vestir, na ausência de estímulos ambientais procurar informação adequada, entre outros. Dificuldades observadas na tomada de decisões deste tipo, podem indicar comprometimento cognitivo, necessidade de treino, suporte adicional, bem como possível quadro de ansiedade ou depressão. Como opções de resposta ao item C1000, tem-se: 0) independente; 1) independência alterada; 2) moderadamente comprometida e 3) severamente comprometida.

No final da secção C é avaliado o *delirium*. O *delirium* é um distúrbio mental caracterizado por confusões recentes ou agravamento agudo das existentes, expressão de pensamentos desordenados, alteração dos níveis de consciência ou alucinações. O *delirium* está associado ao aumento de

mortalidade, declínio funcional, desenvolvimento ou agravamento da incontinência, problemas comportamentais, exclusão das atividades, reinternamentos e aumento do tempo de permanência em instituições para idosos. A deterioração recente da função cognitiva pode indicar *delirium*, que pode ser reversível se tratada em tempo útil. O *delirium* pode ser um sintoma de uma doença aguda, como uma infeção ou uma reação medicamentosa, mas pode também ser diagnosticado como demência.

Depois de concluída a EBEM ou a Avaliação do Estado Mental pelos Funcionários e revista a informação médica, devem ser recolhidas informações sobre sinais e sintomas de *delirium* (C1300) e mudança aguda do estado mental (C1600). A codificação a atribuir varia entre: 0) comportamento não está presente; 1) comportamento sempre presente, sem flutuações e 2) comportamento presente, com flutuações. Os sinais e sintomas analisados são:

A) desatenção; B) pensamento desorganizado; C) nível alterado de consciência e D) lentificação psicomotora. A atenção deve ser avaliada separadamente do nível de consciência. A desatenção pode verificar-se durante a entrevista com o residente, nos registos médicos ou a partir dos relatos dos familiares ou funcionários. Adicionalmente pode pedir-se ao utente que conte para trás a partir de 20. O pensamento desorganizado verifica-se quando o entrevistador está a perguntar algo, por exemplo a data, e o utente responde completamente fora do pedido, quando este divaga, quando as ideias não tem um encadeamento lógico ou são incoerentes. Em relação aos níveis de consciência estes podem variar entre vigilante (quando a pessoa se sobressalta facilmente com qualquer som ou toque), letárgico (adormece várias vezes enquanto está a ser questionado, mas responde à voz e ao toque), estuporoso (muito difícil despertar e manter-se despertado durante a entrevista) e comatoso (não consegue acordar-se o utente mesmo quando se abana ou grita). A lentificação psicomotora está relacionada com o nível de atividade ou processamento mental fortemente reduzido ou retardado. Esta nota-se quando o utente apresenta uma diminuição anormal da atividade, como preguiça, falta de energia, mover-se muito lentamente, olhar fixo e permanecer numa posição.

O item C1600, verifica a existência de uma mudança aguda do estado mental, que pode indicar a presença de *delirium* ou outras complicações médicas graves, com possibilidade de reversibilidade se detetadas e tratadas a

tempo. Este item deve ser verificado junto da família do utente ou outras pessoas significativas, nos registos médicos dos sete dias anteriores ou durante a Entrevista Breve do Estado Mental.

Humor - Secção D

Os distúrbios de humor, avaliados na secção D do MDS, são uma condição subdiagnosticada e subtratada ao nível das instituições para pessoas idosas, estando significativamente associados à morbilidade. É de grande importância diagnosticar sinais e sintomas de distúrbios do humor em utentes de cuidados de longa duração pois estes podem ser tratados. Importa referir que a presença de indicadores significativos para distúrbios de humor nesta secção, não implica automaticamente a presença de um diagnóstico de depressão ou outro transtorno de humor. A depressão pode estar associada a fatores como a ansiedade física e psicológica (por exemplo, por má adaptação à instituição, devido à perda da independência, doença crónica, entre outros), diminuição da participação em terapias e atividades (podendo esta ser causada pelo isolamento), diminuição do estado funcional (por exemplo, por diminuição da vontade de participar nas AVD) e alterações noutros campos como a perda de apetite ou diminuição do estado cognitivo. As informações recolhidas relativamente à presença ou ausência de indicadores específicos do humor, devem ser posteriormente avaliados pela equipa clínica da instituição e tidos em conta aquando do desenvolvimento do plano de cuidados individual do utente.

No item D0100, o investigador deve verificar e determinar se a entrevista para avaliação do estado do humor do utente deve ser iniciada. A maioria dos residentes com capacidade para comunicar podem e conseguem responder a perguntas sobre o seu estado de humor, ou como eles se sentem. Se o investigador verificar que está em condições de começar a avaliação do humor, deve-se seguir para o item D0200. Caso o utente raramente ou nunca seja entendido, ou o investigador veja que não está em condições de se passar para a avaliação, deve prosseguir-se para a Avaliação do Humor do utente pelos Funcionários (D0500-D0600).

A Entrevista do Humor do Utente, ou PHQ-9©, é um instrumento validado que analisa sintomas de depressão, fornece um *score* de gravidade

padronizada e uma classificação para a evidência de um transtorno depressivo. Este teste deve ser realizado num ambiente privado, sem ruídos de fundo, e deve ser garantido que o utente consegue ouvir o investigador. Deve ser explicado ao utente o motivo da entrevista antes de começar. Caso se tenha verificado a existência de deficiência auditiva, o utente deve responder às perguntas utilizando os produtos de apoio que usa habitualmente. Se necessário, pode disponibilizar-se a utilização de apoios externos, como amplificadores de audição.

Neste teste recolhe-se a informação, de em quantos dos últimos catorze dias o utente se sentiu afetado pelos problemas apresentados e se sim, este deve indicar a frequência dos sintomas. Para a presença dos sintomas, os códigos são: 0) não; 1) sim e 9) sem resposta. Os códigos para a frequência dos sintomas definidos são: 0) nunca ou 1 dia; 1) 2-6 dias; 2) 7-11 dias e 3) 12-14 dias. As opções de resposta têm de ser explicadas ao residente. Os problemas apresentados ao utente, sobre os quais este deve pensar sobre a sua presença ou não no período de tempo indicado são: A) *Tive pouco interesse ou prazer em fazer coisas*; B) *Senti desânimo, desalento ou falta de esperança*; C) *Tive dificuldade em adormecer ou em dormir sem interrupções, ou dormi demais*; D) *Senti cansaço ou falta de energia*; E) *Tive falta ou excesso de apetite*; F) *Senti que não gosto de mim próprio/a - ou que sou um(a) falhado/a ou me desiludi a mim próprio/a ou à minha família*; G) *Tive dificuldade em concentrar-me nas coisas, como ao ler o jornal ou ver televisão*; H) *Movimentei-me ou falei tão lentamente que outras pessoas poderão ter notado*. Ou o aposto: *Estive agitado/a a ponto de andar de um lado para o outro muito mais que o habitual*, e I) *Pensei que estaria melhor se estivesse morto/a, ou em magoar-me a mim próprio/a de alguma forma*. Ao longo da Entrevista do Humor do Utente, se o investigador achar necessário, pode simplificar as questões para que o utente consiga perceber melhor o sentido das mesmas.

No final, D0300, é feito o somatório da pontuação dos itens avaliados ao longo da PHQ-9©. Esta pontuação não fornece um diagnóstico de transtorno de humor ou presença de depressão. Obtêm-se apenas indicações sobre o padrão do humor, devendo estas informações ser comunicadas ao médico da instituição, ou outros médicos de saúde mental para que se defina um acompanhamento adequado.

Está referido que a depressão não tratada pode causar desconforto físico e aumento da mortalidade na população idosa além dos efeitos noutros fatores de risco. Apesar das taxas de suicídio serem significativamente mais baixas em idosos institucionalizados comparativamente aos idosos integrados na comunidade, comportamentos como a automutilação indireta e comportamentos que colocam em risco a vida, como por exemplo a má nutrição e recusa de tratamentos são comuns. O diagnóstico e tratamento de depressões em contexto institucional pode significar salvar vidas e redução do risco de morbilidade dentro da própria instituição.

Assim o item D0350 surge como uma notificação de segurança, devendo apenas ser completado caso se tenha verificado a presença do sintoma referido no item D0200I (*“Pensei que estaria melhor se estivesse morto/a, ou em magoar-me a mim próprio/a de alguma forma”*). Esta informação deve ser transmitida ao pessoal clínico adequado ou ao profissional de saúde mental. Esta pergunta deve ser codificada com 1 no caso de não ter sido transmitida esta informação a quem de direito, ou com o código 2 caso se tenha informado o pessoal médico deste facto.

Preferencialmente o residente deve completar a Entrevista do Humor do Utente, visto que este instrumento é a melhor forma de detetar um possível transtorno do humor. Caso este cenário não seja possível, deve avançar-se para a Avaliação do Humor do Utente pelos Funcionários (PHQ-9-OV). Contudo, mesmo que o utente não tenha conseguido, por algum motivo, completar a Entrevista do Humor do Utente, a informação recolhida e as observações feitas ao longo da entrevista podem fornecer dados relevantes. Esta entrevista deve ser realizada num espaço que proteja a privacidade do utente, e junto do pessoal de todos os turnos que melhor conhecem o residente em causa.

Os sintomas avaliados na Avaliação do Humor do Utente pelos Funcionários (D0500) são exatamente os mesmos que na Entrevista do Humor do Utente, devendo seguir-se as mesmas técnicas de administração. Deve-se incentivar os funcionários a relatar a frequência dos sintomas, mesmo que a equipe acredite que estes não estão relacionados com depressão, e respostas pouco claras devem ser exploradas. Caso não seja possível avaliar o estado do

humor do utente nos últimos catorze dias por algum motivo, deve falar-se com a família ou outro elemento significativo que tenha estado com o residente.

No final, deve ser feito o somatório (D0600) da pontuação do teste realizado junto dos funcionários. Tal como na PHQ-9©, existe um item que serve como notificação de segurança (D0650), ou seja, é registado se a informação relativa à pergunta D0500I1 foi transmitida ou não ao pessoal clínico adequado ou ao profissional de saúde mental.

Note-se que a codificação da presença de sintomas de alterações de humor nesta secção não significam automaticamente a presença de um diagnóstico de depressão. Os investigadores simplesmente registam a presença ou ausência de indicadores de alterações do humor clínico.

Comportamento - Secção E

Na secção E é recolhida informação relativa aos sintomas comportamentais nos últimos sete dias, que causem sofrimento ao utente ou que sejam angustiantes ou perturbadores para os restantes residentes ou membros do *staff*. Os comportamentos, que incluem os potencialmente prejudiciais para o próprio utente, podem colocar o residente em risco de lesão, isolamento e inatividade. É importante distinguir comportamentos não problemáticos dos que podem representar um problema. Assim, é essencial identificar a frequência e o impacto dos sintomas comportamentais do utente quer em si próprio, quer nos outros. Quando esta identificação é feita, deve ser monitorizada a avaliação dos comportamentos e delineado um plano de intervenção desenvolvido para melhorar ou reduzir o impacto dos mesmos. Nesta secção devem ser relatados apenas os comportamentos da pessoa, e não ser tido em conta a intenção do seu comportamento.

A informação para esta secção deve ser obtida junto dos membros da equipa dos vários turnos, entrevistas com outros que tiveram ligação estreita com o utente, registos clínicos e pela observação do investigador durante as conversas e entrevistas estruturadas nas secções anteriores

Inicialmente (E0100), é verificada a existência de alucinações e ilusões. A alucinação é a percepção da presença de alguma coisa que não está lá na realidade. Esta pode envolver sensações auditivas, visuais, olfativas, de paladar e tácteis. Já as ilusões são falsas crenças firmemente mantidas,

contrárias à realidade. As alucinações ou ilusões podem ser angustiantes para o utente, restantes residentes da instituição e família, podendo causar deficiência, interferir com a toma de medicação e reabilitação e levar a um comportamento perigoso. Os sintomas psicóticos podem estar associados a *delirium*, demência, efeitos adversos a drogas, distúrbios psiquiátricos e deficiências auditivas ou de visão.

No item E0200 é assinalada a presença e frequência de sintomas comportamentais. Os códigos para a presença dos sintomas são: 0) comportamento não exibido; 1) comportamento deste tipo ocorreu 1 a 3 dias; 2) comportamento deste tipo ocorreu entre 4 a 6 dias, mas não diariamente e 3) comportamento deste tipo ocorreu diariamente. Os sintomas analisados são: a) sintomas comportamentais físicos direcionados a outros; b) sintomas comportamentais verbais direcionados a outros; c) outros sintomas comportamentais não direcionados a outros.

A pergunta E0300 tem como objetivo verificar a presença de sintomas comportamentais globais, para que se decida a continuação da avaliação para o item E0500. No caso de no item E0200 algum sintoma ter sido codificado como ocorrido (código 1, 2 ou 3), deve seguir-se para a pergunta E0500. Este item avalia o risco de impacto dos comportamentos identificados em E0200 em termos de lesões significativas, interferência com o cuidado ou com a sua participação em atividades ou interações sociais. Aqui são analisadas três questões, relativamente aos sintomas aferidos anteriormente: A) colocou o utente em risco significativo de doença física ou lesão; B) interferiu significativamente nos cuidados do utente; C) Interferiu significativamente com a participação do utente em atividades ou interações sociais. Na pergunta E0500.A. considera-se lesão física o trauma que resulta em dor ou outros sintomas físicos angustiantes, bem como a função de órgãos prejudicados, deficiências físicas, ou outras consequências, independentemente da necessidade de médicos, cirurgiões, enfermeiros ou reabilitação. No item E0500.B. considera-se que o sintoma do comportamento interferiu no cuidado do utente quando este impede a prestação de cuidados essenciais ou necessários ou que não podem ser recebidos de forma completamente segura. Finalmente no item E0500.C. tem-se em conta que o sintoma comportamental interfere na participação do utente em atividades ou interações sociais quando

este está limitado em poder envolver-se nos seus *hobbies*, em atividades de grupo, participar em atividades programadas ou ter encontros sociais positivos com familiares, funcionários ou visitantes.

É também recolhida informação sobre o impacto nos outros dos sintomas comportamentais verificados. As questões analisadas no item E0600 são exatamente iguais às do item E0500, contudo direcionadas para como os sintomas comportamentais afetam os outros e não o próprio utente.

As alterações comportamentais podem levar a que o utente rejeite, interfira ou interrompa a prestação de cuidados, por perturbar rotinas habituais, os processos pelos quais os cuidados são prestados, por exceder o nível ou a intensidade de recursos normalmente disponíveis para a prestação de cuidados. A manifestação de rejeição de cuidados pode ser expressa verbalmente ou por meio de comportamentos físicos que transmitem a aversão ao cuidado com objetivo de o evitar ou interferir na prestação do mesmo. Contudo deve ter-se em conta os comportamentos de rejeição do cuidado, pois um residente pode rejeitar receber cuidados por estes irem contra as suas preferências e objetivos. Nestes casos, o comportamento de rejeição não é considerado um problema que necessita de tratamento para o eliminar ou modificar. Com objetivo de recolher informação sobre este tema, o item E0800 analisa a presença e frequência da rejeição de cuidados. Neste item, não devem ser considerados comportamentos já abordados anteriormente. Assim pretende-se saber se o utente rejeitou a avaliação ou cuidados (por exemplo, transfusão de sangue, toma de medicamentos, assistência nas AVD) que são necessários para alcançar os objetivos para a saúde e para o seu bem-estar. Deve-se codificar com os seguintes valores: 0) comportamento não exibido; 1) comportamento deste tipo ocorreu 1 a 3 dias; 2) comportamento deste tipo ocorreu entre 4 a 6 dias, mas não diariamente; 3) comportamento deste tipo ocorreu diariamente.

A questão E0900 verifica a presença e frequência de deambulação. A deambulação pode ser um exercício ou uma atividade de lazer que dá prazer à pessoa, ou estar relacionada com tensão, ansiedade ou agitação. É importante avaliar a razão da deambulação, ou seja determinar os fatores que a desencadeiam bem como a sua frequência. A codificação para este item (E0900) varia entre: 0) comportamento não exibido; 1) comportamento deste

tipo ocorreu 1 a 3 dias; 2) comportamento deste tipo ocorreu entre 4 a 6 dias e 3) comportamento deste tipo ocorreu diariamente. Caso a informação recolhida seja codificada com o valor 0, deve-se passar diretamente para o item E1100.

O impacto da deambulação é também analisado, pois este pode ser não só prejudicial para a própria pessoa por estar associado a um potencial risco de entrar em situações de insegurança, bem como para os outros residentes da instituição. No item E1000.A. é verificado se a deambulação coloca o utente em risco significativo de chegar a um local potencialmente perigoso, como por exemplo escadas, e o E1000.B. analisa se a deambulação interfere na privacidade das atividades dos outros.

Por fim, o último item desta secção avalia a mudança no comportamento ou outros sintomas. A mudança comportamental pode ser indicador de uma mudança no estado de saúde ou de estímulos ambientais, uma resposta positiva ou um efeito adverso ao tratamento. Aqui, E1100, devem-se considerar todos os sintomas avaliados entre E0100 e E1000. O estado comportamental no momento, a rejeição de cuidados ou a deambulação, comparando com a avaliação prévia pode ser codificado como: 0) igual; 1) melhor; 2) pior; 3) n/a (porque não houve uma avaliação previa MDS).

Preferências para rotina e atividades habituais - Secção F

A secção F, Preferências para Rotina e Atividades Habituais, pretende obter informação sobre as preferências dos residentes para as atividades da rotina diária. Caso o utente não possa ou consiga relatar as suas preferências, sendo esta a forma preferencial de recolha de informação, estas devem ser obtidas junto da família ou outro membro significativo, do *staff* ou de informação existente na instituição.

Inicialmente no item F0300, verifica-se a existência ou não de condições para que a entrevista sobre as preferências diárias e de atividades seja levada a cabo. Normalmente, se o utente conseguir comunicar responde às perguntas sobre as suas preferência e gostos. Se este item for codificado como 0) não, deve-se passar para o item F0800, caso contrário prossegue-se com o teste.

As pessoas integradas em contextos institucionais continuam a ter as suas preferências de estilos de vida. A falta de atenção às preferências dos utentes pode contribuir para o humor deprimido e um aumento dos sintomas

comportamentais. Assim, a pergunta F0400 analisa o quão importante uma série de atividades é para o utente enquanto pessoa integrada na instituição, nomeadamente: A) escolher as roupas que veste; B) cuidar dos seus pertences ou objetos pessoais; C) escolher entre um banho de banheira, duche, banho na cama, ou banho de esponja; D) ter lanches entre as refeições; E) escolher a sua própria hora de dormir; F) ter a sua família ou um amigo próximo envolvido no planeamento dos seus cuidados; G) ser capaz de usar o telefone em privacidade e H) ter um lugar para guardar os seus objetos e mantê-los seguros.

As atividades são a maneira que os indivíduos têm para estabelecerem significado com a sua vida, sendo que a ausência de oportunidade de desenvolver as atividades prazerosas para si, resultam em tédio, depressão e alterações comportamentais. A diferença entre as preferências individuais das atividades reflete personalidades únicas, os interesses passados, as restrições ambientais percebidas, a formação religiosa e cultural e as alterações nas capacidades físicas e mentais. A questão F0500 verifica o quão importante uma série de atividades é para o utente enquanto utente integrado na instituição, nomeadamente: A) ter livros, jornais e revistas para ler; B) escutar as músicas que gosta; C) estar perto de animais, como animais de estimação; D) manter-se atualizado quanto às notícias; E) fazer coisas com grupos de pessoas; F) fazer as suas atividades favoritas; G) ir para a rua tomar ar fresco quando o tempo está bom e H) participar em cerimónias ou práticas religiosas. A codificação de resposta para os itens F0400 e F0500 varia entre: 1) muito importante; 2) é importante; 3) não é muito importante; 4) não é nada importante; 5) é importante, mas não pode fazer ou não tem escolha e 9) sem resposta ou não recetivo.

No item F0600 fica referido quem foi a fonte de informação relativamente às preferências do residente, sendo: 1) utente; 2) familiar ou outro significativo ou 9) a entrevista não pode ser concluída.

Caso a entrevista sobre as rotinas do utente não tenha sido feita com ele, pois desta forma é refletida com maior precisão o que é importante para este, tal deve ser indicado em F0700 e seguir-se para F0800.

No item F0800 faz-se a avaliação pelos Funcionários das Preferências Diárias e de Atividades. Aqui é apresentada uma lista com 20 atividades,

devendo ser assinaladas as que o funcionário considera como sendo uma preferência do utente. Entre esta lista encontra-se a atividade de escolher a roupa para vestir, tomar duche, estar levantado depois das 20h, ouvir música, entre outras.

Estado funcional - Secção G

Nesta secção é avaliada a necessidade de assistência para as AVD, alterações da marcha e equilíbrio e diminuição da amplitude de movimentos. No momento de admissão do utente, as opiniões deste e dos funcionários sobre o potencial do utente para a reabilitação funcional são anotadas. Quase todos os residentes em lar de idosos necessitam de algum tipo de assistência física, sendo este nível de assistência variável entre indivíduos. Os idosos estão sujeitos a maior risco de declínio físico no futuro, estando este declínio associado a uma série de condições físicas, neurológicas e psicológicas. A dependência de outras pessoas nas AVD pode levar a sentimentos de impotência, isolamento, diminuição da autoestima e perda de controlo sobre o próprio destino. A dependência e aumento da inatividade pode levar ao surgimento de uma série de complicações, nomeadamente úlceras de pressão, quedas, contraturas, perda de massa muscular e depressão.

O item G0110 avalia a Assistências nas AVD, distinguindo-se o auto desempenho do utente e o suporte que recebe apenas por parte dos funcionários da instituição, que não inclui família ou outros visitantes. O auto desempenho mede o que o utente realmente fez dentro de cada categoria nos últimos sete dias, em todos os turnos com base numa escala de desempenho. Em relação ao apoio providenciado nas AVD, este mede o mais alto nível de suporte fornecido pelo *staff* nos últimos sete dias em todos os turnos, mesmo que este apoio só tenha ocorrido uma vez.

O auto desempenho da pessoa pode variar de dia para dia, e mesmo entre cada turno. Existem várias razões que podem explicar estas mudanças, como alterações no humor, condições médicas, problemas de relacionamento e medicação. O investigador deve captar a informação do desempenho do utente ao longo dos últimos sete dias, 24 horas por dia. Ou seja, deve ter uma visão de todo o dia e não de momentos específicos.

A codificação dos itens do auto desempenho, G0110 coluna 1, é guiada por um diagrama definido no manual de apoio para o RAI-MDS. Caso a atividade avaliada tenha ocorrido três ou mais vezes esta deve ser codificado como: 0) independente (sem ajuda ou supervisão); 1) supervisão (vigilância, encorajamento ou indicação); 2) assistência parcial (utente altamente envolvido na atividade, os funcionários proporcionam movimentação dos membros guiada ou assistência sem suporte de peso do utente); 3) assistência total (utente envolvido na atividade, os funcionários proporcionam suporte de peso e efetuam a força necessária) e 4) dependência total (desempenho total dos funcionários nas atividades durante todos os dias, os últimos 7). Se a atividade tiver ocorrido duas ou menos vezes, deverá selecionar-se o código entre: 7) atividade ocorreu apenas 1 ou 2 vezes - atividade ocorreu mas apenas 1 ou 2 vezes ou 8) atividade não ocorreu - a atividade (ou parte qualquer das AVD) não foi realizada pelo utente ou pelos funcionários durante os últimos 7 dias.

A codificação dos itens do suporte providenciado, G0110 coluna 2, tem como alternativas para resposta: 0) sem organização ou ajuda física dos funcionários; 1) apenas ajuda na organização; 2) uma pessoa proporciona ajuda física; 3) duas ou mais proporcionam ajuda física e 8) AVD's não ocorreram durante o período. Para ambas as colunas, as AVD analisadas são: A) mobilidade na cama; B) transferências; C) caminhar no quarto; D) caminhar no corredor; E) locomoção na instituição; F) locomoção fora da instituição; G) vestir-se; H) alimentar-se; I) uso da casa de banho; J) higiene pessoal.

No item G0120 recolhe-se informação sobre o auto desempenho e suporte providenciado durante o banho. Este é a única AVD não incluída no item G0110, pois considera-se que esta pode não ocorrer tão frequentemente nos últimos sete dias como as restantes AVD. Deve ser considerado como é que o utente toma banho completo ou parcial e como este se transfere para dentro ou fora da banheira, excluindo-se a lavagem de costas e cabelo. As preferências do utente em relação à rotina do banho devem ser, tanto quanto possível, adaptadas à rotina da instituição para que estas não entrem em conflito.

A codificação para o auto desempenho, G0120.A., varia entre: 0) independentes; 1) supervisão; 2) ajuda física apenas para transferências; 3) ajuda física em parte do banho; 4) dependência total; 8) a atividade não

ocorreu. Para a avaliação do suporte providenciado no banho, os códigos a utilizar são os mesmos do item G0110 coluna 2. Em instituições em que existe a política de que todos os utentes devem ser supervisionados durante o banho independentemente da sua capacidade, e mesmo que esta seja por precaução, é adequado que a codificação de supervisão seja considerada pois esta supervisão é individual.

No item G0300, é avaliado o Equilíbrio Durante as Transições e Marcha. Os indivíduos com desequilíbrio e instabilidade durante as transferências e marcha encontram-se em risco aumentado de quedas, apresentam medo de cair podendo estes fatores limitar a atividade física e social da pessoa, levando ao isolamento social e desenvolvimento de depressão, bem como fazer com que a pessoa fique cada vez mais imóvel. A instabilidade é definida como movimentação desequilibrada, com balanço, movimentos descoordenados ou com espasmos. Os utentes podem apresentar marcha instável, como marcha rápida com movimentos amplos e descuidados, marcha anormalmente lenta com passos pequenos ou marcha com passos hesitantes e de base larga. Aqui são avaliadas as seguintes situações: A) mudar-se de posição sentada para a posição ereta; B) marcha (com dispositivo de apoio se utilizado); C) girar ao seu redor e ir em frente no sentido oposto; D) entrar e sair do wc; E) transferência de superfície para superfície (transferência entre cama e cadeira ou. Cadeira de rodas). A codificação pode ser: 0) seguro/firme em todas as vezes; 1) não seguro/firme, mas capaz de estabilizar sem assistência; 2) não seguro/firme, somente capaz de estabilizar com assistência e 8) a atividade não ocorreu.

Em G0400 são avaliadas as Limitações Funcionais na Amplitude do Movimento, pois limitações a este nível podem colocar o residente em risco de lesão ou interferir no desempenho das AVD. É avaliada de forma distinta as limitações ao nível de: A) extremidade superior (ombro, cotovelo, punho, mão) e B) extremidade inferior (anca/quadril, joelho, tornozelo, pé). Neste casos a codificação varia entre: 0) sem deterioração/dano/prejuízo; 1) deterioração de um dos lados; 2) deterioração de ambos lados.

Em G0600 devem ser assinalados os dispositivos de mobilidade utilizados pelo residente, caso estes sejam normalmente usados: A) bengala/muleta; B) andarilho; C) cadeira de rodas (manual ou elétrica) e D)

prótese nos membros. Estes dispositivos podem ser preciosos para que o residente mantenha a sua independência, e consequentemente autonomia e auto estima.

Para finalizar esta secção, é avaliado o potencial de reabilitação funcional do utente em G0900. A manutenção da independência é importante para que o indivíduo se sinta com autonomia, auto estima e para o estado de saúde pois a perda de independência pode desencadear situações de imobilidade, depressão e isolamento social. Em G0900.A. é averiguado se o utente acha ser capaz de ser mais independente em pelo menos algumas AVD. Esta informação deve ficar gravada mesmo que pareça pouco realista. Em seguida deve recolher-se informação junto da equipa interdisciplinar, nomeadamente do *staff* que convive mais rotineiramente com o utente, se acham que o residente tem capacidade de ser mais independente em pelo menos algumas AVD.

Bexiga e intestino - Secção H

A secção H reúne informações sobre a bexiga e intestinos, como os dispositivos usados, a continência urinária e intestinal, o uso de programas de reabilitação de continência, programas de treino intestinal e qual o padrão intestinal da pessoa.

No item H0100 regista-se a informação dos dispositivos utilizados para a bexiga ou intestino. É importante saber quais os aparelhos usados pela pessoa, bem como a história e as razões para tal. Consideram-se: A) cateter; B) fralda, coletor urinário externo; C) ostomia (incluindo urostomia, ileostomia e colostomia) e D) cateterismo intermitente. Os cateteres devem ser usados apenas com indicação médica, terem um bom encaixe, serem confortáveis, manterem a integridade da pele e promoverem a dignidade do utente. Deve ter-se em conta os riscos e benefícios da utilização de cateteres, a duração prevista, e ponderadas as complicações que podem decorrer do uso destes dispositivos. Risco aumento de infeções urinárias, bloqueio e expulsão do cateter, dor, desconforto e sangramento são algumas das complicações que podem existir.

Em H0200 é analisado o Programa de Treino de Continência. Os residentes incontinentes ou em risco de o ser, devem ser identificados e

avaliados, delineado um plano de intervenção com objetivo de manter ou melhorar a função de eliminação normal possível. Um programa individual de idas à casa de banho agendadas pode diminuir ou prevenir a incontinência urinária, e minimizar ou evitar as consequências negativas da incontinência. Muitos utentes com incontinência, incluindo pessoas com demência, respondem adequadamente ao programa de treino de rotinas de idas à casa de banho, sobretudo durante o período diurno.

No item H0200.A. regista-se se foi implementado um programa de treino urinário desde que foi verificado o estado de continência urinária na instituição. Se este programa foi implementado deve-se continuar para o item H0200.B., caso a resposta seja codificada como negativa deve seguir-se para H0300. Na impossibilidade de determinar este acontecimento passa-se para H0200.C.

Em H0200.B. regista-se a resposta do utente ao programa de treino de continência com os códigos: 0) sem melhorias; 1) diminuição das perdas de urina; 2) completamente seco (continente) ou 9) não é possível determinar - ou programa de treino a decorrer. Por fim, o item H0200.C. avalia a existência, no momento, de um programa de treino de continência.

Os itens H0300 E H0400 recolhem informação sobre a presença ou não de continência urinária e intestinal, respetivamente. A codificação varia entre: 0) sempre continente; 1) ocasionalmente incontinente; 2) frequentemente incontinente; 3) sempre incontinente; 9) não foi avaliado.

A incontinência pode interferir na participação do utente em atividades, tornar-se socialmente embaraçoso, levar ao aumento dos sentimentos de dependência, aumentar o risco de institucionalização a longo prazo, aumentar o risco de erupções cutâneas, discriminação, infeções do trato urinário repetidas, aumentar o risco de quedas e lesões resultantes de tentativas de chegar à casa de banho sem apoio. Em H0500 é verificada a utilização de um programa intestinal para treino da continência intestinal do utente. Neste tipo de incontinência, à semelhança do que acontece com a incontinência urinária, os programas de treino de idas à casa de banho para a incontinência intestinal podem preveni-la e minimizar as consequências negativas deste problema.

Por fim, em H0600, avalia-se o padrão intestinal do utente, neste caso a presença de obstipação. A obstipação grave pode causar dor abdominal,

anorexia, vômitos, incontinência intestinal, delírio e se não tratada pode levar à impactação fecal.

Diagnóstico e doenças ativas - Secção I

A secção I apresenta uma extensa lista de doenças, devendo-se registar quais que foram apresentadas pelo utente nos últimos sete dias. Estas doenças apresentam uma relação com o estado funcional do residente, estado cognitivo, humor ou comportamento, tratamento médico, acompanhamento de enfermagem ou risco de morte. Este registo exige que a informação seja obtida junto de documentos médicos de diagnóstico no qual se incluem todos os registos médicos, documentos de transferência, resumos de alta, lista de diagnóstico/problemas e outros recursos disponíveis. Podem ser também analisadas as informações de diagnóstico passadas, recolhida junto de familiares devendo estas estar sempre documentadas no prontuário do médico para garantir a sua validade. Uma vez determinado este historial de diagnóstico, devem ser incluídas as doenças que estão presentes no utente apenas nos últimos sete dias.

O objetivo da recolha destes dados é gerar uma imagem precisa do estado de saúde do utente. As doenças estão agrupadas em grandes grupos (entre I0100 e I6500) nomeadamente: cancro, cardiovascular, gastrointestinal, genito-urinário, infeções, doenças metabólicas, músculo-esqueléticas, neurológicas, nutricional, psiquiátrica/distúrbio de humor, pulmonar e visão. Neste instrumento de avaliação apenas estão incluídas os diagnósticos mais frequentes na população que necessita de cuidados de longa duração. Caso o utente padeça de alguma doença que não esteja referida na lista apresenta, esta deve ser inserida no item I8000 e o respetivo código da Classificação Internacional de Doenças (CID).

Condições de saúde - Secção J

A secção J documenta uma série de condições de saúde que afetam a qualidade de vida funcional do residente. É incluída uma avaliação de dor, em que é analisada a presença e frequência da dor, o efeito que esta tem sobre a função, intensidade, direção e controle. É também avaliada a presença de

outras condições como dispneia, tabagismo, prognóstico, condições problemáticas e quedas.

A dor pode causar sofrimento à pessoa, está relacionada com a inatividade, isolamento social, depressão, diminuição da auto confiança e auto estima, declínio funcional, aumento dos problemas comportamentais sobretudo em utentes com alterações cognitivas, e pode interferir na participação nos programas de reabilitação. A intervenção eficaz de gestão da dor pode ajudar a evitar tais factos.

O item J0100 faz uma avaliação relativamente aos últimos cinco dias da gestão da dor. É verificado no item J0100.A. se o utente faz medicação para a dor pré-definida na folha de medicação, se faz medicação para SOS e no J0100.C. se recebeu intervenções não farmacológicas para a dor (inclui-se aplicação de frio ou calor, quiropraxia, acupuntura, entre outros).

De seguida, como em algumas secções anteriores, é avaliada a capacidade do utente para responder à Entrevista de Avaliação da Dor. Se esta não for possível deve-se passar para o item J0800, caso contrário dá-se início à entrevista ao utente. A Entrevista de Avaliação da Dor analisa cinco itens (J0300 a J0600): presença da dor, frequência da dor, efeitos da dor na funcionalidade e intensidade da dor. Quando é perguntado ao utente se teve dor ou sofrimento em algum momento nos últimos cinco dias (J0300) e esta não for referida segue-se para o item J1100, caso contrário passa-se para o item J0400, ou na incapacidade deste responder à pergunta segue-se para J0800. A frequência da dor, analisada no item J0400 tem como códigos de resposta as seguintes opções: 1) quase constantemente; 2) frequentemente; 3) ocasionalmente; 4) raramente e 9) incapaz de responder. O efeito da dor na funcionalidade é verificado em duas questões, J0500.A. e J0500.B. Na primeira questiona-se o utente se a dor que sentiu nos últimos cinco dias dificultou o sono durante a noite, e a segunda verifica se a presença de dor limitou a execução das AVD. A intensidade da dor é avaliada pelo item J0600, que apresenta duas perguntas, contudo apenas uma deve ser respondida. A primeira (J0600.A) pede que o utente indique a intensidade da dor através de uma escala de pontuação numérica, variando o score entre 00 e 10. A segunda (J0600.B.) aplica uma escala verbal em que se pede ao utente para classificar a intensidade da dor nos últimos cinco dias em que são dadas as seguintes

hipóteses: 1) leve; 2) moderada; 3) severa; 4) muito severa, horrível e 9) incapaz de responder.

Os utentes que não conseguem comunicar a sua dor, nomeadamente pessoas com comprometimento cognitivo grave, estão em risco de deteção insuficiente da dor e subtratamento da mesma. Contudo indivíduos incapazes de comunicar verbalmente podem ser mais propensos a usar métodos alternativos para expressar a sua dor. No caso do utente, por algum motivo, não ter conseguido responder à Entrevista de Avaliação da Dor deve anotar-se a necessidade de ser avaliada a dor pelos funcionários, no item J0700.

É pedido aos funcionários que refiram os indicadores de dor ou possível dor que tenham verificado nas interações com o utente nos últimos cinco dias, especificamente: A) sons não verbais; B) formas vocais de queixa de dor; C) expressões faciais; D) movimentos ou posturas corporais de proteção e Z) nenhum destes sinais observados ou documentados. No item J0850 tenta-se perceber, junto do funcionário a frequência de indicadores de dor ou de possível dor no mesmo período de tempo, sendo codificada a resposta como: 1) indicadores de dor ou possível dor observados em 1 ou 2 dias; 2) indicadores de dor ou possível dor observados em 3 ou 4 dias e 3) indicadores de dor ou possível dor observados diariamente.

Entre os itens J1100 e J1550 é avaliada a presença de outras condições de saúde, dentre as quais: falta de ar (dispneia), hábitos tabágicos, prognóstico e condições problemáticas.

A falta de ar pode ser um sintoma extremamente angustiante podendo levar à diminuição das interações, limitação nas atividades e alteração da qualidade de vida da pessoa. Por vezes o utente desenvolve técnicas de compensação de falta de ar como elevar a cabeceira da cama quando está deitado, fazendo com que os cuidadores não fiquem alerta para o problema. Na avaliação da dispneia o funcionário deve indicar se nos últimos cinco dias o utente apresentou: A) falta de ar com o esforço; B) falta de ar quando sentado em repouso; C) falta de ar deitado e Z) nenhuma das anteriores.

O tabagismo além de poder reduzir a expectativa de vida da pessoa pode criar problemas de saúde que interferem nas AVD e afetam negativamente a qualidade de vida. A presença de hábitos tabágicos é avaliada no item J1300.

No item J1400 é identificado o prognóstico de vida do utente, ou seja, deve ser registado se o utente tem uma condição ou doença crónica que pode resultar numa esperança média de vida inferior a seis meses. O preenchimento deste item exige a consulta de documentação médica, ou conversar com o médico e solicitar evidências documentais.

Nesta secção são também registadas as condições problemáticas presentes nos últimos cinco dias, ou seja identificadas as causas que possam levar ao risco de complicações, entre as quais: A) febre; B) vómitos; C) desidratação; D) hemorragias internas e Z) nenhuma das anteriores. A identificação destas condições e implementação de planos de saúde para tratamento destas causas pode ser de grande importância para evitar complicações futuras.

As quedas são a principal causa de lesão, morbilidade e mortalidade em pessoas idosas. As quedas anteriores, recorrentes e especialmente quedas recentes têm uma forte ligação com lesões significativas. Pessoas com historial de quedas podem limitar as suas atividades devido ao medo de cair. No primeiro item de avaliação de quedas, J1700, é registado o histórico de quedas no momento de admissão do utente na instituição. O item J1700.A. verifica se o utente teve alguma queda no último mês antes da admissão, o item J1700.B. analisa os acontecimentos de quedas nos últimos 2 a 6 meses antes da admissão e por fim o item J1700.C. avalia se o utente teve alguma fratura relacionada com uma queda nos 6 meses anteriores à admissão. Já quedas que tenham acontecido desde a admissão na instituição ou relativamente à avaliação anterior devem ser assinaladas no item J1800. Se esta pergunta for codificada com 1, deve seguir-se para a secção K, caso contrário deverá preencher-se o item J1900. Este último item analisa as lesões resultantes das quedas, sendo que deve ser analisado se da queda o utente ficou: A) sem lesões; B) lesões (exceto lesões major) e C) lesões major. Os códigos atribuídos a estes indicadores podem ser: 0) nenhuma; 1) uma e 2) duas ou mais.

Estado deglutição/nutricional - Secção K

Os itens da secção K destinam-se a avaliar as condições que podem afetar o estado adequado de nutrição e de hidratação. São abordados

distúrbios da deglutição, altura, peso, perda de peso e abordagens nutricionais. O estado nutricional e de hidratação alterados podem levar à debilidade, prejudicando a saúde, segurança e qualidade de vida da pessoa. Nutricionistas ou enfermeiros da instituição devem apoiar o preenchimento desta secção para garantir que estes itens são avaliados corretamente e calculados com precisão.

A capacidade de engolir com segurança pode ser afetada por vários processos de doença ou declínios funcionais. Alterações na deglutição podem resultar em asfixia e aspiração, o que pode resultar num risco para desnutrição, desidratação e pneumonia por aspiração. No item K0100 o objetivo é recolher os sinais e de possíveis distúrbios de deglutição nos últimos cinco dias, como: A) perda de líquidos/sólidos pela boca a comer ou beber; B) manter comida na boca ou bochechas ou comida residual na boca após as refeições; C) tossir ou engasgar-se durante as refeições ou ao deglutir a medicação; D) queixas de dificuldades ou dor com a deglutição e Z) nenhuma das anteriores.

O registo de peso e altura ajuda a realizar a avaliação nutricional e de hidratação do utente, permitindo monitorizar a estabilidade do peso ao longo do tempo. Assim no item K0200.A. e K0200.B. é anotada a altura e peso do utente, respetivamente.

A perda de peso é também alvo de atenção no RAI-MDS no item K0300 podendo prejudicar o utente, quando acontece de uma forma descontrolada, sem motivo aparente e sem acompanhamento. Contudo para pessoas com obesidade mórbida a perda de peso pode melhorar a sua condição de saúde e mobilidade. Também pessoas com muito volume corporal (líquidos) podem beneficiar com a perda de peso. Neste item é registada a perda de 5% ou mais de peso no último mês (ou desde a avaliação mais recente) ou perda de 10% ou mais nos últimos 180 dias. Este indicador deve ser codificado com: 0) não; 1) sim, em regime nutricional para perda de peso prescrito por médico ou 2) sim, sem regime nutricional para perda de peso prescrito por médico.

As abordagens nutricionais variam entre o normal e as abordagens que dependem de métodos alternativos, como alimentação parentérica ou por tubos de alimentação. Abordagens diferentes podem diminuir a sensação de dignidade e auto estima da pessoa, bem como diminuir o prazer de comer. No item K0500 devem ser assinaladas todas as abordagens nutricionais que o utente recebeu nos últimos cinco dias: A) alimentação parentérica/ IV; B)

alimentação por sonda; C) dieta manipulada; D) dieta terapêutica ou Z) nenhuma das anteriores.

Por fim, o item K0700 deve ser preenchido apenas se foram assinalados os itens K0500.A ou K0500.B., ou seja, se o utente tiver sido alimentado de forma parentérica ou por sonda. Nestes casos deve ser registada a proporção do total de calorias que o utente recebeu por via parentérica ou por sonda nasogástrica (codificação: 1) 25% ou menos; 2) 26-50% ou 3) 51% ou mais) no item K0700.A. e no item K0700.B. a dose média diária de fluidos por via parentérica ou por sonda nasogástrica (codificação: 1) 500 cc/dia ou menos ou 2) 501 cc/dia ou mais).

Estado oral/dental - Secção L

Os problemas na saúde oral têm impacto negativo na qualidade de vida, no estado nutricional e na saúde geral das pessoas. A secção L destina-se a registar quaisquer problemas dentários que tenham ocorrido nos últimos sete dias. A avaliação pode identificar doença peridontal que pode contribuir ou causar doenças e condições sistémicas, como aspiração, desnutrição, pneumonia, endocardite e controlo desadequado da diabetes.

O item L0200 identifica se o utente tem: A) dentadura (parcial ou total) partida ou mal adaptada, parcial; B) sem dentes naturais ou com fragmentos de dentes; C) tecido da mucosa bucal anormal; D) cavidades óbvias ou prováveis ou dentes naturais partidos; E) gengivas inflamadas ou sangrentas ou dentes naturais partidos; F) dor na boca ou face, desconforto ou dificuldade na mastigação; G) incapaz de examinar ou Z) nenhuma das anteriores

Condições da pele - Secção M

A secção M documenta o risco de alterações na condição da pele, como a presença, aparência e mudança de úlceras de pressão em residentes de cuidados de longa duração. Estes itens avaliam também outras lesões cutâneas e registam as categorias de tratamento que devem ser aplicadas de forma a evitar ou tratar lesões da pele. É de grande importância reconhecer e avaliar os fatores de risco de cada utente, e identificar as zonas corporais que estão sobre pressão constante. Entre alguns dos fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão encontra-se a imobilidade, declínio

funcional, condições de comorbilidade como fases avançadas de doença renal, doenças da tireoide, diabetes, drogas como os esteroides, recusa por parte do residente em receber cuidados e tratamentos, alterações cognitivas, sub e má nutrição, má hidratação, incontinência urinária e fecal e úlceras já tratadas. Uma avaliação completa da pele é essencial para um programa eficaz de tratamento da pele e de prevenção de úlceras de pressão.

As úlceras de pressão ocorrem quando o tecido é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície externa. Além da pressão exercida sobre a pele, a força de cisalhamento e de fricção são fatores que contribuem para o desenvolvimento de úlceras e afetam também o tecido mole. Com o envelhecimento, os tecidos moles sofrem mudanças, como alterações nos pequenos vasos sanguíneos e desnutrição ficando assim mais vulneráveis à pressão e às lesões decorrentes desta. Fatores externos adicionais, como o excesso de humidade por exposição do tecido a urina e fezes, aumentam o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. As úlceras de pressão e outras lesões cutâneas afetam a qualidade de vida do utente pois tendem a limitar a sua atividade, podem ser dolorosas e normalmente exigem cuidados prolongados e troca regular de curativos.

Para responder aos itens desta secção, o investigador deve ver os registos médicos, incluindo as folhas de cuidados de pele, analisar as notas dos enfermeiros e avaliações de risco de úlceras de pressão, falar com o pessoal de enfermagem e com o *staff* que presta cuidados diretos ao utente. Pode também examinar o utente e determinar a presença de alguma úlcera de pressão, cicatrizes e curativos, analisar os pontos mais críticos para o desenvolvimento de úlceras de pressão (proeminências ósseas) e as zonas cutâneas que estão submetidas a forças de fricção. O investigador deve responder sempre baseado no grau mais alto de úlceras de pressão existentes.

No item M0100 é feita a determinação do risco de úlceras de pressão, sendo: A) o utente tem uma úlcera grau 1 ou superior, uma cicatriz numa proeminência óssea ou penso/dispositivo não removível; B) avaliação formal; C) avaliação clínica e Z) nenhuma das anteriores. Em M0150 é definida a existência ou não de risco do utente desenvolver úlceras de pressão.

O item M0210 verifica a existência de uma ou mais úlceras de pressão por cicatrizar de grau 1 ou superior. Caso a resposta seja negativa, deve

seguir-se para o item M0900, se pelo contrário for verificada esta situação continua-se para o item M0300.

Em M0300 deve ser registado o número de úlceras de pressão por cicatrizar no momento da avaliação. Em M0300.A. verificam-se o número de úlceras de grau 1 (Pele íntegra com eritema não branqueável numa área localizada, usualmente sobre proeminência óssea. Pele com pigmentação escura pode não ter um branqueamento visível; em peles de tez escura pode aparecer apenas com persistentes matizes azuis ou roxas). No item seguinte, M0300.B. regista-se o número de úlceras de grau 2 (Perda parcial da espessura da derme apresentando-se como uma úlcera superficial com o leito da ferida vermelho ou rosa, sem fibrina. Pode também apresentar-se como flictena (vesícula fechada ou aberta preenchida com líquido seroso)), o número de úlceras deste grau que estavam presentes na data de admissão do utente e a data da úlcera de grau 2 mais antiga.

No item M0300.C. deve ser anotado o número de úlceras de grau 3 (Perda total da espessura tecidular. Tecido adiposo subcutâneo pode ser visível mas sem exposição de osso, tendão ou músculo. Fibrina pode estar presente mas não impede a visualização da profundidade da ferida. Pode incluir locas e fístulas) e o número de úlceras deste grau presentes à data da admissão. Em M0300.D. é anotado o número de úlceras de grau 4 presentes no momento (Perda total da espessura do tecido com exposição de osso, tendão ou músculo. Fibrina ou necrose podem estar presentes em algumas partes do leito da ferida. Frequentemente incluiu locas e fístulas) e o número de úlceras de grau 4 que estavam presentes na admissão.

Por vezes pode não ser possível visualizar a úlcera de pressão e classificá-la, contudo esta pode ser dolorosa, limitar a atividade da pessoa e afetar a sua qualidade de vida. Nas alíneas M0300.E., M0300.F e M0300.G. é feito o registo do número de úlceras que não puderam ser classificadas e o número de úlceras inclassificáveis no momento da admissão. Os motivos de incapacidade de classificar as úlceras de pressão apresentados são: penso não removível (M0300.E.); presença de necrose ou fibrina (M0300.F.) e suspeita de lesão de tecidos profundos em evolução (M0300.G.).

A dimensão das úlceras de pressão é uma característica muito importante para avaliar a resposta ao tratamento. Esta medição, baseada na

observação de úlceras de grau 3 e 4, deve ser feita utilizando um dispositivo de medição descartável ou um aplicador com uma ponta de algodão. A dimensão das úlceras de pressão por cicatrizar de grau 3, 4 ou necrose, deve ser registada no item M0610. Se o utente tiver várias úlceras de pressão por cicatrizar deve-se identificar quais as que apresentam maior área de pressão e registar em centímetros. Neste item regista-se: o comprimento da úlcera de pressão (M0610.A.); a largura (M0610.B.) e a profundidade da úlcera (M0610.C.).

No item M0700 identifica-se o tecido mais severamente afetado de qualquer úlcera de pressão, podendo-se codificar esta resposta como: 1) tecido epitelial; 2) tecido de granulação; 3) fibrina e 4) tecido necrótico.

No item seguinte, M0800, verifica-se se o estado da pele tem piorado desde a última avaliação. Este tipo de monitorização é essencial para que exista um bom acompanhamento clínico da pessoa. Assim deve ser indicado o número de úlceras de pressão que não estavam presentes ou que se encontravam em menor grau na última avaliação.

Durante o processo de cicatrização de uma úlcera de pressão, o corpo não substitui os tipos e camadas de tecido que foram perdidos, como por exemplo músculo, gordura e derme. Por isso o tecido de substituição não é tão forte como o que foi perdido, portanto, é mais frágil e apresenta maior propensão de colapso no futuro. Considera-se que uma úlcera de pressão está cicatrizada quando esta se encontra totalmente fechada e coberta com tecido epitelial, mesmo que a área em causa continue com alguma descoloração à superfície. No item M0900 são avaliadas as úlceras de pressão já cicatrizadas. Em M0900.A. deve ser registada a presença de alguma úlcera de pressão na última avaliação. Caso esta não exista, deve seguir-se para o item M1030. Na alínea B, C e D do item M0900 deve ser indicado o número de úlceras de pressão que foram identificadas no último MDS que cicatrizaram completamente, de acordo com o respetivo grau de evolução.

As úlceras venosas são lesões provocadas por uma doença venosa periférica, e ocorrem frequentemente mais próximas do maléolo medial ou lateral, acima do tornozelo na zona interior ou exterior, ou sobre a área inferior da perna. Já as úlceras arteriais são causadas por doença arterial periférica e tendem a ocorrer geralmente nas pontas dos dedos do pé, na parte superior do

pé, ou distal ao maléolo medial. O número deste tipo de úlceras presente no momento da avaliação deve ficar registado no item M1030.

No item M1040 é registada a presença de outras úlceras, feridas ou problemas na pele nos últimos cinco dias, nomeadamente: problemas no pé (A) infeção no pé; B) úlcera de pé diabético; C) outra lesão aberta no pé); outros problemas (D) lesão aberta por outras úlceras, *rash* ou cortes; E) ferida cirúrgica ou F) queimadura) ou nenhuma das situações anteriormente descritas. A lista apresentada é apenas um subconjunto de alterações ou doenças cutâneas que deverão ser avaliadas nos serviços de cuidados de longa duração, que permite identificar se o morador em causa está sob risco de serem desenvolvidas posteriores complicações na pele. A presença de feridas e alterações na pele devem ser contabilizadas para o plano de assistência ao utente.

A prevenção e tratamento adequado das alterações cutâneas reduzem as complicações e promovem a cura deste tipo de problemas. Os tratamentos de prevenção das úlceras de pressão fazem parte da prestação de cuidados de qualidade e de uma boa prática clínica institucional. Estes tratamentos são orientados e definidos de uma forma individualizada, e no caso das úlceras de pressão não estarem a melhorar ou a piorar, deve definir-se um plano de cuidado mais apropriado para a situação.

No item M1200 registam-se todos os tratamentos para as úlceras de pressão que se aplicam ao utente, nomeadamente: A) dispositivo de redução de pressão para cadeira; B) dispositivo de redução de pressão para cama; C) posicionar/reposicionar; D) intervenção de nutrição ou hidratação para lidar com problemas de pele; E) cuidados à úlcera; F) cuidados à ferida cirúrgica; G) aplicação de pensos não cirúrgicos a outros que não o pé; H) aplicação de pomadas/medicação a outros que não ao pé; I) aplicação de pensos ao pé e Z) nenhuma das anteriores foi providenciada.

Medicação - Secção N

A secção N tem como finalidade registar indicações relacionadas com a medicação do utente nos últimos sete dias. A recolha destes dados deve ser feita através da consulta dos registos de medicação e da documentação existente no gabinete médico ou de enfermagem. Assim avalia-se o número de

dias, durante os últimos sete ou desde a entrada/readmissão na instituição, que o utente recebeu qualquer tipo de injeção, insulina e/ou medicamentos orais.

Mais especificamente, no item N0300 deve ser assinalada a frequência de administração de medicamentos por injeção. Se a pessoa receber duas vacinas no mesmo dia, a frequência deve ser codificada como um dia. Se a vacina é fornecida num dia e no dia seguinte, devem ser considerados dois dias.

A diabetes *mellitus* é normalmente tratada com insulina. Na presença desta doença, o plano individualizado de refeições do utente deve estar criado de acordo com as suas necessidades, garantindo a ingestão da alimentação adequada e na quantidade devida. No item N0350.A. deve registar-se o número de dias em que foram recebidas injeções de insulina. No item N0350.B. deve ser anotado o número de dias que o pessoal clínico (médico, assistente do médico, enfermeiro ou outro especialista clínico) mudou os pedidos de insulina.

No que toca aos medicamentos, estes são parte integrante dos cuidados prestados aos idosos em cuidados de longa duração. Estes são administrados na tentativa de alcançar vários objetivos, como a cura de uma doença, o diagnóstico de uma doença ou condição, parar ou evitar a progressão de uma doença, reduzir ou eliminar sintomas ou prevenir o aparecimento destes. As pessoas medicadas estão sempre em risco de sofrer efeitos secundários que podem afetar negativamente a sua saúde, segurança e qualidade de vida. Embora se garanta que o utente toma apenas os medicamentos necessários para tratar a sua condição, é importante reduzir a sua necessidade ou maximizar a eficácia dos mesmos. É importante que a equipa que faz a gestão da medicação estude a utilização de intervenções não-farmacológicas.

É relevante educar e sensibilizar o resto do *staff* para este tipo de intervenções, conjuntamente à necessidade de minimizar a utilização dos medicamentos ou reduzir a dose dos mesmos e ponderar a duração do tratamento.

Com o intuito de saber a medicação que o utente recebeu nos últimos sete dias, deve ser preenchido o item N0400, estando a medicação dividida em grandes grupos: A) antipsicóticos; B) ansiolíticos; C) antidepressivos; D)

hipnóticos; E) anticoagulantes; F) antibióticos; G) diuréticos e Z) nenhum dos anteriores foi recebido.

Tratamentos especiais e procedimentos - Secção O

Os itens da secção O têm como objetivo captar todos os tratamentos, programas e procedimentos que o residente tenha recebido no período de tempo indicado em cada item. Estes tratamentos e programas especiais podem ter um efeito profundo no estado de saúde, autoimagem, dignidade e qualidade de vida do utente.

O item O0100 apresenta uma série de tratamentos e procedimentos que devem ser assinalados. Este item apresenta duas colunas distintas para classificar a presença ou não dos tratamentos, programas e procedimentos recebidos pelo utente. Caso o utente tenha sido admitido ou readmitido na instituição nos últimos catorze dias, deve ser assinalado nas coluna A, quais os tratamentos, programas e procedimentos que este recebia enquanto não era utente da instituição. Se o utente tiver dado entrada na instituição há catorze ou mais dias, a coluna A deve ser deixada em branco e preenchida apenas a coluna B. A lista de tratamentos, programas e procedimentos apresentada está dividida em três grandes grupos: tratamentos oncológicos (A) quimioterapia e B) radioterapia); tratamentos respiratórios (C) oxigenoterapia; D) aspiração; E) cuidados a traqueostomia; F) ventilador ou respirador e G) BiPAP/CPAP) e outros (H) medicação IV; I) transfusões; J) diálise; K) cuidados paliativos; L) cuidados de descanso; M) isolamento ou quarentena para doenças infecciosas ativas).

Quando idosos ou pessoas com problemas de saúde subjacentes são afetadas com o vírus da gripe, encontram-se em risco aumentado de complicações sendo mais provável que necessitem de ser hospitalizadas comparativamente ao resto da população. Um surto de gripe numa instituição de idosos pode levar a que 60% da população seja afetada, sendo que desta, cerca de 25% está exposta a desenvolver complicações graves que podem resultar em internamento hospitalar ou mesmo na sua morte. Assim no item O0250.A. deve ser registado se o utente recebeu a vacina da gripe sazonal do ano em causa na instituição. Caso tenha recebido, deve seguir-se para o item O0250.B. onde é anotada a data de vacinação. Se não ocorreu a vacinação,

deve ficar descrito o porquê deste facto, apresentando-se como alternativas: 1) o utente não se encontrava na instituição durante a época da gripe deste ano; 2) vacinou-se fora da instituição; 3) não elegível; 4) oferecida e recusada; 5) não oferecida; 6) incapacidade de obter vacina ou 9) nenhuma das anteriores.

A doença pneumocócica é a doença bacteriana evitável por vacinação que conta mais mortes. A letalidade da doença pneumocócica é de aproximadamente 20%, sendo que na população idosa esta percentagem chega aos 60%.

Na alínea A do item O0300 deve verificar-se se a vacina pneumocócica do utente está atualizada. Caso esta não se verifique deve registar-se no item O0300.B. a razão do utente não ter feito esta vacina, considerando-se: 1) não elegível; 2) oferecida e recusada; 3) não oferecida.

Para a maioria das pessoas manter ao máximo a independência possível nas AVD, manter a mobilidade e capacidade de comunicação é de extrema importância. O declínio funcional pode levar à depressão, isolamento social, problemas respiratórios e podem surgir complicações associadas à imobilidade, como a incontinência e o desenvolvimento de úlceras de pressão. Conjuntamente ao médico e pessoal de enfermagem, o terapeuta qualificado é responsável por determinar a necessidade e frequência de prestação de serviços ao utente. Os vários tipos de reabilitação seja respiratória, psicológica, física, recreativa, entre outras, pode ajudar o utente a alcançar um nível de bem-estar mais elevado, bem como a melhorar a sua qualidade de vida.

No item O0400 o investigador deve verificar as terapias que o utente recebe, através do acesso à documentação do utente, e falar com os profissionais competentes e qualificados para recolher esta informação. Os três tipos de terapias apresentadas em seguida (terapia da fala e serviços de audiologia, terapia ocupacional e fisioterapia) podem ser administradas ao utente de forma individual, conjuntamente com outro utente ou em grupo.

No item O0400.A. devem ficar registados os minutos que o utente recebeu terapia da fala e serviços de audiologia nos últimos sete dias. São consideradas as várias formas de administração da terapia (individual, concorrente ou em grupo). Caso o somatório dos minutos deste tipo de terapia seja zero, deve seguir-se para O0400.B. Ao invés, se este valor temporal for superior a zero, regista-se o número de dias em que esta terapia foi

administrada pelo menos 15 minutos por dia nos últimos 7 dias e a data de início da terapia.

A mesma informação recolhida no item O0400.A. deve ser registada no item O0400.B relativamente à terapia ocupacional e no item O0400.C. no que toca à terapia física ou fisioterapia.

Quando se fala de terapia respiratória (O0400.D.), terapia psicológica (O0400.E.) e terapia ocupacional (O0400.F.) pretende-se que fique registado o total de minutos que cada tipo de terapia foi administrada ao utente nos últimos 7 dias e se este valor for superior a zero deve ficar anotado o número de dias em que esta terapia foi realizada pelo menos 15 minutos por dia nos últimos 7 dias.

Os programas de enfermagem promovem a capacidade do residente se adaptar e viver da forma mais independente e segura possível. Este conceito centra-se em alcançar e manter o funcionamento físico, mental e psicossocial. No item O0500 tem-se como objetivo assinalar o número de dias que cada um dos programas apresentados foi realizado (durante pelo menos 15 minutos por dia) nos últimos 7 dias do calendário, como: A) amplitude de movimento (passivo); B) amplitude de movimento (ativo); C) assistência com ligadura, tala ou tala articulada; D) mobilidade na cama; E) transferência; F) caminhar; G) vestir-se e/ou arranjar-se; H) comer e/ou engolir; I) amputação/cuidado com próteses e J) comunicação.

O estado de saúde que exige a realização de exames médicos frequentes pode afetar negativamente o bem-estar do indivíduo, a sua capacidade funcional e limitar as suas atividades sociais. Perante esta evidência, no item O0600 anotam-se em quantos dias o médico examinou o utente, no período referente aos 14 dias anteriores. Também o número de dias em que o médico alterou as prescrições ao utente nos últimos 14 dias devem constar no item O0700, pois alterações frequentes das ordens médicas pode ser indicador de complexidade do estado de saúde do utente.

Restrições - Secção P

O objetivo da secção P é fazer o registo das restrições físicas que foram usadas nos últimos sete dias. Definem-se como restrições físicas qualquer método manual, instrumento mecânico ou físico, material ou equipamento

preso ou adjacente ao corpo do utente que o indivíduo não consiga remover com facilidade, o qual restringe a liberdade de movimentos ou acesso normal ao próprio corpo.

Embora estejam bem definidas e limitadas as situações em que podem ser utilizadas restrições físicas, cada vez mais há evidências que a utilização destas tem um papel muito limitado na assistência médica. A limitação da mobilidade coloca a possibilidade de desenvolvimento em maior número efeitos adversos, como o declínio funcional, agitação, sensação diminuída de dignidade, depressão, desenvolvimento de úlceras de pressão e morte. Utentes com alterações cognitivas encontram-se em maior risco de serem alvo da utilização de restrições físicas. A utilização de restrições físicas desnecessárias em lares de idosos deve ser cuidadosamente analisada e monitorizada, devendo ser contida e reduzida a sua utilização, a menos que se considere necessário e adequado, de acordo com a regulamentação.

No item P0100 é analisada a utilização de restrições físicas usadas na cama bem como na cadeira ou fora da cama. Ao nível das restrições usadas na cama tem-se a seguinte lista: A) grades na cama; B) restrição do tronco; C) restrição dos membros e D) outros. Em relação às restrições utilizadas na cadeira ou forma da cama, são apresentadas as seguintes: E) restrição do tronco; F) restrição dos membros; G) cadeira impeditiva do levantar e H) outro. Esta lista de restrições pode ser codificada como: 0) não usado; 1) usado, mas não diariamente e 2) usado diariamente.

Participação na avaliação e fixação de objetivos - Secção Q

Os itens da secção P destinam-se a registar a participação e as expectativas do residente, dos membros da família ou outros membros significativos na avaliação e também a entender as metas gerais dos utentes. Normalmente os residentes institucionais que participam ativamente no seu processo de avaliação, através de entrevistas ou das conversas do dia-a-dia, tendem a beneficiar de uma melhoria da qualidade de vida e de cuidados de melhor qualidade visto que se teve em consideração as suas necessidades, metas e prioridades.

Nas três alíneas do item Q0100 é registada a informação de quem participou na avaliação do utente, nomeadamente: utente; família ou outro elemento significativo; tutor ou representante legal autorizado.

Na questão Q0300 são registadas as expectativas globais do utente. Alguns residentes têm expectativas muito claras e definidas que vão mudando um pouco ao longo do tempo. Ao invés, outros utentes podem ser inseguros ou sofrer alterações clínicas que não o deixam ter este pensamento claro.

Em Q0300.A. deve ser anotado qual o objetivo global do utente estabelecido durante o processo de avaliação, sendo as alternativas apresentadas: 1) espera retornar à comunidade; 2) espera permanecer nesta instituição; 3) espera ser encaminhado para outra instituição ou 9) objetivo desconhecido ou incerto. No item Q0300.B. regista-se qual foi a fonte de informação da pergunta anterior, se o utente, se um familiar ou elemento significativo, se o tutor ou representante legalmente autorizado ou nenhum destes.

Em seguida é avaliado o plano de encaminhamento/alta. Voltar para casa ou para um cenário que não o institucional pode ser da maior importância para o utente, e conseqüentemente para a sua saúde e qualidade de vida. No caso de o utente ser institucionalizado, sem um plano de acompanhamento adequado, tal pode resultar em declínios e aumentar as hipóteses de reinstitucionalização após ter estado no serviço de cuidados de longa duração. No item Q0400.A. é identificada a existência de um plano de encaminhamento ativo caso o utente volte para a comunidade. Na pergunta Q0400.B. deve ser anotada qual a decisão tomada pelo utente e pela equipa de cuidados relativamente ao encaminhamento para a comunidade, codificando-se a pergunta como: 0) decisão não tomada; 1) o encaminhamento para a comunidade é plausível e 2) o encaminhamento para a comunidade não é plausível. Caso este item seja codificado com a opção 1, deve passar-se para o item Q0600. Se a informação recolhida for de acordo com o código 2 deve passar-se para a secção V ou X.

No item Q0500 é investigada a fixação de objetivos para retorno à comunidade.

Quando o utente mostra interesse expresso em tornar à comunidade, deve ser iniciado e mantido um acompanhamento, feito entre a instituição em

colaboração com a entidade de contacto local. A instituição deve estimular que o utente chegue ao seu mais alto nível de funcionalidade, e a entidade de contacto local deve auxiliar o residente na transição entre a vida na instituição para a comunitária. No item Q0500.A. é verificado se o utente foi questionado acerca do retorno à comunidade. A alínea B neste item deve registar a resposta do utente (ou familiar ou elemento relevante se o utente for incapaz de responder) à pergunta "*Quer falar com alguém acerca da possibilidade de retornar à comunidade?*". As possibilidades de resposta são: 0) não; 1) sim e 9) desconhecido ou incerto. No item Q0600 deve registar-se se foram tomadas diligências para contactar alguma entidade local.

Área de avaliação de cuidados (AAC) - Secção V

O RAI-MDS é uma ferramenta que permite fazer uma triagem preliminar, identificar as áreas onde se encontram os potenciais problemas do utente, os seus pontos fortes e fracos. As respostas ao MDS podem indicar a necessidade de ser levada a cabo uma avaliação adicional com base na identificação de problemas. A secção V do RAI-MDS, Área de Avaliação de Cuidados (AAC) Sumário, fornece orientações sobre como a equipa da instituição se deve concentrar nas questões-chave identificadas ao longo da avaliação abrangente do MDS. Esta secção tem em consideração avaliações anteriores, sempre que estas existam, e avalia a diferença entre a pontuação obtida na presente avaliação e a avaliação anterior. O item V0100 deve ser preenchido apenas se existir uma avaliação anterior. Assim no item V0100.A. deve ser registada a data de referência da última avaliação. Nos itens V0100.B., V0100.C. e V0100.D. deve ser registada, respetivamente, a pontuação total na Entrevista Breve do Estado Mental na avaliação anterior, a pontuação total da severidade na Entrevista de Avaliação do Humor do Utente (PHQ-9) na avaliação anterior, e a pontuação total da severidade na Avaliação do Humor do Utente pelos Funcionários (PHQ-9-OV) na avaliação anterior.

Entre os itens V0200.01 e V0200.20 é documentado em que áreas do cuidado foi desencadeado, depois da aplicação do MDS, uma necessidade de avaliação aprofundada por parte dos técnicos, e se a área de cuidados em causa é ou não abordada no plano de cuidados do utente. Para a recolha desta informação existem duas colunas distintas, na coluna A assinala-se a área de

cuidados desencadeada pelo MDS. Para cada Área de Cuidados acionada deve-se indicar se: é necessário um novo plano de cuidados, revisão do plano de cuidados, ou continuação do plano de cuidados atual para conhecer os problemas na sua avaliação da área de cuidados. Se fizer parte do plano de cuidados a coluna B deve ser completada no prazo de 7 dias depois de completar o RAI (MDS e AAC). Existe ainda uma terceira coluna onde é colocada a Informação de Localização e Data da AAC. A documentação AAC deve incluir informação dos fatores de complicação, os riscos e qualquer referência para este utente nesta área de cuidados. As áreas de cuidados apresentadas são: 01) *delirium*; 02) perda cognitiva/demência; 03) função visual; 04) comunicação; 05) funcionalidade AVD/potencial reabilitação; 06) incontinência urinária e cateter vesical; 07) bem-estar psicossocial; 08) estado de humor; 09) sintomas comportamentais; 10) atividades; 11) quedas; 12) estado nutricional; 13) sonda de alimentação (sonda nasogástrica); 14) desidratação/manutenção hídrica; 15) cuidados dentários; 16) úlcera de pressão; 17) uso de psicotrópicos; 18) restrições físicas; 19) dor; 20) referência para regresso à comunidade.

O Enfermeiro/a Coordenador(a) do Processo de AAC deve assinar e datar o item V0200.B. Já o item V0200.C. deve ser assinado e datado pela pessoa que completou o plano de cuidado. Para terminar, no item V0200.D. deve ser registada a pontuação total da Entrevista Breve do Estado Mental na Avaliação.

A validade e fiabilidade dos itens do MDS foram testadas em estudos anteriores (Hawes et al., 1995; Morris et al., 1990; Sgadari, Morris, et al., 1997). Nestes estudos o método mais utilizado é a validação por dupla avaliação, em que dois avaliadores treinados e independentes avaliam com o MDS a mesma amostra comparando, posteriormente, as avaliações. Estas verificações proporcionam credibilidade aos dados que são extraídos do MDS para classificar os utentes nos RUG's. Assim consegue-se um sistema de participação por discriminação positiva baseado na situação do utente e na utilização de recursos que este faz na instituição. O instrumento de recolha de dados utilizado neste estudo foi o RAI (Resident Assessment Instrument – Minimum Data Set 3.0).

O RAI-MDS é composto por 485 variáveis, tendo demorado o seu preenchimento entre 45 a 90 minutos por utente. Juntamente com o RAI-MDS foi questionado o tempo utilizado por categoria profissional na prestação de cuidados a cada utente. Para este efeito foi construída uma folha de registo de tempo, em que se pedia aos profissionais da instituição que registassem o tempo utilizado para a prestação de cuidados de saúde ou apoio social com cada utente. A partir da informação recolhida com o RAI-MDS os utentes foram classificados no RUG-III.

2.6. Procedimentos

Na primeira fase fez-se a revisão e tradução do RAI. Foi feita uma revisão da literatura existente na B-ON sobre o RAI. Foram ainda consultados os sites www.interrai.org e www.cms.hhs.gov, que são sites de um grupo internacional de investigadores sobre o RAI e do Centers for Medicare & Medicaid Services responsável pela criação e desenvolvimento do RAI nos EUA, respetivamente. Para utilização do protocolo RAI-MDS foi contactada a autora principal (Debra Saliba) que procedeu à revisão e validação do protocolo nos EUA, tendo sido obtida autorização para a sua utilização apenas para fins académicos. Na tradução foi feita uma aferição à realidade da população portuguesa. Esta aferição foi desenvolvida por uma equipa multidisciplinar da Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UNIFAI), em colaboração com três alunos do programa doutoral em Geriatria e Gerontologia.

Teve-se uma especial atenção na tradução da terminologia técnica descrita ao longo do instrumento. Foi feita uma recolha de dados prévia para testar o instrumento traduzido e verificar a sua aplicabilidade no contexto de lar de idosos portugueses.

A aferição teve em conta o tipo de instituições existentes em Portugal, nomeadamente as estruturas residenciais para pessoas idosas, a legislação que a regulamenta, e os profissionais que trabalham nestas instituições. Foi dado uma especial ênfase ao trabalho desenvolvido por enfermeiros nas

estruturas residenciais para pessoas idosas. Os enfermeiros responsáveis pela gestão de instituições de apoio a idosos são desafiados a desenvolver estratégias que mantêm um equilíbrio entre a qualidade dos cuidados, níveis de pessoal de enfermagem, ajudantes de ação direta e auxiliares de serviços gerais satisfatórios e os requisitos legais. O contato com este instrumento no âmbito da sua aferição para o contexto português mostrou ser promissor, e poder ajudar neste desafio.

A segunda fase correspondeu à recolha dos dados. Os dados foram recolhidos com a aplicação dos seguintes instrumentos na sua versão portuguesa:

1. RAI (Resident Assessment Instrument – Minimum Data Set 3.0);
2. RUG III (Resource Utilization Groups).

A recolha de dados foi efetuada em seis estruturas residenciais para pessoas idosas do norte de Portugal continental, em parceria com outro aluno do programa doutoral em Geriatria e Gerontologia, no âmbito do grupo de trabalho da UNIFAI formado para a aferição para a realidade portuguesa do instrumento RAI-MDS, tendo-se definido uma amostra de 270 utentes. Para tal foi formalizado o pedido de autorização à direção das referidas instituições, para recolha de dados junto dos utentes, assim como o acesso à informação clínica. Dos 270 utentes contactados, 245 acederam a preencher o inquérito, o que representa uma taxa de resposta de 91%.

Estas estruturas, incluídas nesta amostra, caracterizam-se por serem equipamentos privados sem fins lucrativos, classificadas em “lares de idosos” e financiadas pela segurança social.

Além da aplicação do RAI-MDS, mediu-se também como variável dependente, o tempo de prestação de cuidados (em minutos/mês), por autorrelato dos funcionários. Para os mesmos 270 utentes, apenas foi possível obter resultados desta variável para 158 idosos, pelo que em algumas das análises de dados que se efetuaram apenas foram considerados estes sujeitos.

3. Resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados da avaliação da utilização de recursos em lares de idosos. Encontra-se dividida em duas partes: na primeira é feita a descrição das características da amostra através do RAI-MDS 3.0 e a classificação dos utentes avaliados no sistema de classificação RUG-III; na segunda parte é construído um sistema de classificação próprio para os lares de idosos portugueses com base nos dados recolhidos com o RAI-MDS seguindo os pressupostos e procedimentos que levaram à criação do RUG-III.

3.1. Parte I

3.1.1 Características da amostra através do RAI-MDS 3.0

Neste tópico apresenta-se a análise descritiva dos dados recolhidos com o RAI-MDS, com o objetivo de caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico da amostra.

3.1.1.1 Perfil sociodemográfico da amostra

Os resultados relativos à caracterização sociodemográfica dos utentes das instituições analisadas, são apresentados na Tabela 3.1, verificando-se que a amostra é constituída maioritariamente por mulheres (70,2%) e sujeitos com baixa escolaridade (87% tem o ensino primário ou inferior). Os utentes são predominantemente viúvos (56,7%), seguindo-se os solteiros e os casados. Trata-se, como seria de esperar, de uma amostra com idades avançadas, situadas entre os 48 e os 99 anos, com média de 82,1 anos e com uma distribuição com assimetria à esquerda, com 52,7% dos utentes situados na faixa etária dos 81 aos 90 anos. Os rendimentos e o tempo de institucionalização apresentam uma assimetria acentuada à direita, o que implica uma concentração dos valores destas variáveis nas classes de menor

valor. Assim, 59,3% tem rendimentos mensais inferiores a 400€ e 63,7% está na instituição há menos de 50 meses. Estes resultados indicam que os utentes apresentam baixos rendimentos e que os tempos de permanência nas entidades analisadas é, para a maioria, até cerca de 4 anos.

Tabela 3.1 Caracterização sociodemográfica da amostra

Variável	Categoria/unidade	<i>n</i>	%	Min	Max	Média	DP
Género	Feminino	172	70,2				
Estado Civil	Solteiro	57	23,3				
	Casado	45	18,4				
	Viúvo	139	56,7				
	Divorciado/Separado	4	1,6				
Escolaridade	Nunca frequentou	76	31,0				
	Ensino primário incompleto	68	27,8				
	Ensino primário	69	28,2				
	Ensino preparatório	13	5,3				
	Ensino secundário	5	2,0				
	Ensino universitário	5	2,0				
Idade (anos)	48 a 70 anos	19	7,8	48	99	82,09	8,01
	71 a 80 anos	71	29,0				
	81 a 90 anos	129	52,7				
	91 a 99 anos	26	10,6				
Rendimento mensal (€)	137 a 400 €	134	59,3	137	2200	442	266
	401 a 700 €	72	31,9				
	701 a 1000 €	11	4,9				
	1001 a 2200 €	9	4,0				
Mensalidade na Instituição (€)	165 a 365 €	19	7,8	166	1100	482	8,01
	366 a 570 €	71	29,0				
	571 a 800 €	129	52,7				
	801 a 1100 €	26	10,6				
Duração da Institucionalização	0 a 50 meses	156	63,7	0	219	52,22	50,2
	51 a 100 meses	46	18,8				
	101 a 150 meses	27	11,0				
	151 a 219 meses	16	6,5				

3.1.1.2 Audição, fala e visão

Na Tabela 3.2 caracterizam-se os utentes analisados quanto à sua capacidade auditiva, expressão e compreensão oral e visão. Os resultados obtidos mostram que estes idosos apresentam uma boa avaliação ao nível oral, com 75% a 80% a revelar um discurso claro e uma boa capacidade de compreender os outros e fazer-se compreender. Ao nível auditivo o comportamento é também bastante satisfatório com 84% dos utentes a revelar que a sua capacidade de ouvir é adequada ou que a dificuldade é mínima. Na visão os resultados indicam um quadro clínico menos favorável, com apenas 58,1% a apresentar uma visão adequada, declarando 49,8% dos utentes que usa lentes corretivas para corrigir os problemas de visão.

Tabela 3.2 Caracterização das capacidades de audição, fala e visão

		N	%
Capacidade de ouvir	Adequada	126	52,3
	Dificuldade mínima	77	32,0
	Dificuldade moderada	27	11,2
	Severamente comprometida	11	4,6
Clareza do discurso	Discurso claro	188	78,0
	Discurso pouco claro	44	18,3
	Sem discurso	9	3,7
Capacidade para fazer-se compreender	Compreendido	25	75,9
	Normalmente compreendido	8	10,4
	Algumas vezes compreendido	25	3,3
	Raramente / nunca compreendido	25	10,4
Capacidade para compreender os outros	Compreendido	193	80,1
	Normalmente compreendido	12	5,0
	Algumas vezes compreendido	16	6,6
	Raramente / nunca compreendido	20	8,3
Visão	Adequada	140	58,1
	Prejudicada	68	28,2
	Moderadamente prejudicada	27	11,2
	Altamente prejudicada	4	1,7
	Severamente prejudicada	2	0,8
Estado vegetativo persistente (comatoso)	Sim	21	8,6
Uso de aparelho auditivo ou outra ajuda auditiva	Sim	14	5,7
Lentes corretivas	Sim	120	49,8

3.1.1.3 Estado mental

Para avaliar o estado mental, 192 dos inquiridos (79,7%) foram capazes de responder ao inquérito, enquanto 55 foram avaliados pelos funcionários. Na Tabela 3.3 apresentam-se os resultados obtidos na avaliação efetuada diretamente aos utentes, verificando-se que estes apresentam uma boa capacidade de verbalização, com 90,1% a ser capaz de pronunciar de imediato três palavras que lhes foram transmitidas. No entanto quando após algum tempo se pediu para repetir as três palavras, a percentagem de utentes que se lembrava das mesmas, sem qualquer pista, diminui bastante o que indica que uma fração significativa dos utentes revela problemas de memória (entre 60 a 75%). A maioria consegue identificar corretamente o dia da semana (65,4%) e o mês (63,5%), mas tem mais dificuldades em acertar no ano, com 47,4% dos utentes a errar por mais de 5 anos.

Tabela 3.3 Caracterização do estado mental (avaliação pelo utente)

Variável	Categoria	n	%
Repetição de 3 palavras	Nenhuma	9	4,7
	Uma	2	1,0
	Duas	8	4,2
	Três	173	90,1
Capaz de dizer corretamente o ano	Errou por mais de 5 anos	91	47,4
	Errou por 2 a 5 anos	7	3,6
	Errou por 1 ano	6	3,1
	Correto	88	45,8
Capaz de dizer corretamente o mês	Errou por mais de 1 mês	54	28,1
	Errou por 6 dias e 1 mês	16	8,3
	Correto até 5 dias	122	63,5
Capaz de dizer corretamente o dia da semana	Incorreto	66	34,6
	Correcto	125	65,4
Capaz de se lembrar da palavra "meia"	Não	110	57,6
	Sim, depois da pista	9	4,7
	Sim, sem requerer pista	72	37,7
Capaz de se lembrar da palavra "azul"	Não	91	47,6
	Sim, depois da pista	20	10,5
	Sim, sem requerer pista	80	41,9
Capaz de se lembrar da palavra "cama"	Não	127	66,5
	Sim, depois da pista	15	7,9
	Sim, sem requerer pista	49	25,7

Nota: A pontuação da escala do estado mental variou entre 0 e 15 pontos, com uma média de 8,59 pontos (DP± 4,59)

Relativamente à avaliação dos utentes pelos funcionários, os resultados obtidos (Tabela 3.4) mostram que estes idosos apresentam maioritariamente problemas de memória, com 72,7% a não conseguir lembrar-se após 5 minutos, 63,6% a revelar ter esquecido o passado longínquo e 69,1% com a capacidade de tomar decisões severamente comprometida. A grande maioria não consegue recordar-se da estação atual e da localização do próprio quarto; apresentam maior grau de memória dos nomes/caras das pessoas ou de que se encontram numa instituição.

Tabela 3.4 Caracterização do estado mental (avaliação pelo funcionário)

Variável	Categoria	n	%
Parece ou aparenta lembrar-se após 5 minutos	Sem problema de memória	15	27,3
	Com problema de memória	40	72,7
Parece ou aparenta lembrar-se do passado longínquo	Sem problema de memória	20	36,4
	Com problema de memória	35	63,6
Capacidades cognitivas para tomar decisões diárias	Independente	5	9,1
	Independência alterada	5	9,1
	Moderadamente comprometida	7	12,7
	Severamente comprometida	38	69,1
Recorda-se da estação atual	Sim	10	18,2
Recorda-se da localização do próprio quarto	Sim	16	29,1
Recorda-se dos nomes e caras das pessoas	Sim	26	47,3
Recorda-se que está numa instituição	Sim	21	38,9

Entre 80 a 86% dos utentes não apresentam sinais e sintomas de delírio (Tabela 3.5), sendo a lentificação psicomotora o sintoma com maior grau de incidência (14,1%).

Tabela 3.5 Sinais e sintomas de delirium

	Ausência de comportamento	Comportamento presente, com flutuações	Comportamento sempre presente	Total
Desatenção	85,1%	5,4%	9,5%	100%
Pensamento desorganizado	83,8%	6,6%	9,5%	100%
Nível alterado de consciência	85,5%	5,8%	8,7%	100%
Lentificação psicomotora	80,9%	5,0%	14,1%	100%

3.1.1.4 Estado de Humor

Para avaliar o estado de humor, 181 dos inquiridos (75,4%) foram capazes de responder ao inquérito, enquanto 59 foram avaliados pelos funcionários. Na Tabela 3.6 apresentam-se os resultados obtidos, verificando-se que os sintomas mais incidentes são as perturbações do sono ou cansaço/falta de energia. Estes sintomas são também os mais frequentes, com 31% a declarar que as perturbações do sono surgem quase todos os dias, o mesmo acontecendo para 37,5% dos utentes com cansaço ou falta de energia.

Tabela 3.6 Caracterização do estado de humor (avaliação pelo próprio)

Sintoma	Presença do sintoma	Frequência do sintoma				Total
		Nunca ou 1 dia	Alguns dias	Mais de metade dias	Quase todos os dias	
Pouco interesse ou prazer em fazer coisas	20,5%	79,5%	8,0%	4,0%	8,5%	100%
Desânimo, desalento ou sem esperança	33,3%	66,7%	11,9%	5,1%	16,4%	100%
Perturbações no sono	51,1%	50,3%	14,1%	4,5%	31,1%	100%
Cansaço ou falta energia	54,0%	46,0%	13,6%	2,9%	37,5%	100%
Falta ou excesso de apetite	29,9%	70,1%	6,8%	4,0%	19,1%	100%
Não gosto mim, sou falhado ou desiludido	7,5%	93,1%	1,2%	2,3%	3,4%	100%
Dificuldade de concentração	12,2%	87,9%	5,2%	1,7%	5,2%	100%
Movimentar-se/falar lentamente ou o oposto	9,7%	90,3%	2,9%	0,6%	6,2%	100%
Tendência suicida ou automutilação	12,6%	87,4%	4,0%	2,3%	6,3%	100%

Os idosos avaliados pelos funcionários (Tabela 3.7), apresentam algumas diferenças relativamente aos resultados anteriores, sendo os sintomas com maior prevalência: pouco interesse ou prazer em fazer coisas e ou dificuldade de concentração. Estes sintomas ocorrem praticamente todos os dias para a maioria deste utentes, o que indica que o seu estado de humor será bastante instável.

Tabela 3.7 Caracterização do estado de humor (avaliação pelo funcionário)

Sintoma	Presença do sintoma	Frequência do sintoma				Total
		Nunca ou 1 dia	Alguns dias	Mais de metade dias	Quase todos os dias	
Pouco interesse ou prazer em fazer coisas	67,2%	32,8%	1,6%	4,7%	60,9%	100%
Desânimo, desalento ou sem esperança	37,5%	62,5%	0,0%	3,1%	34,4%	100%
Perturbações no sono	39,1%	60,9%	4,7%	4,7%	29,7%	100%
Cansaço ou falta energia	43,8%	56,2%	1,6%	4,7%	37,5%	100%
Falta ou excesso de apetite	21,9%	78,1%	7,8%	4,7%	9,4%	100%
Não gosto mim, sou falhado ou desiludido	4,7%	95,3%	1,6%	0,0%	3,1%	100%
Dificuldade de concentração	67,2%	32,8%	4,7%	0,0%	62,5%	100%
Movimentar-se/falar lentamente ou o oposto	48,4%	51,6%	3,1%	1,6%	43,7%	100%
Tendência suicida ou automutilação	4,7%	95,3%	1,6%	0,0%	3,1%	100%
Estar mal humorado ou irritável	39,1%	60,9%	12,5%	0,0%	26,6%	100%

3.1.1.5 Comportamento

Os resultados da análise comportamental (Tabela 3.8), indicam que os sintomas comportamentais dos idosos são marginais, apresentando frequências de ocorrência muito baixas. Verificou-se, ainda, que o nível de psicose é também reduzido, com 4,1% a sofrer de alucinações e 5,8% de ilusões. Pelo contrário, o grau de deambulação apresentou um comportamento misto, com cerca de metade dos utentes a revelar a presença deste sintoma. Apesar desta avaliação mais negativa a presença deste sintoma não coloca o utente em risco e não interfere com a privacidade dos outros.

Tabela 3.8 Caracterização comportamental

Variável	Categoria	n	%
Utente revelou algum sintoma comportamental	Não	232	96,7
Sintomas comportamentais físicos direcionados a outros	Sem comportamento	238	98,8
	Ocorreu 1 a 3 dias	3	1,2
	Ocorreu 4 a 6 dias	0	
	Ocorreu diariamente	0	
Sintomas comportamentais verbais direcionados a outros	Sem comportamento	233	96,7
	Ocorreu 1 a 3 dias	6	2,5
	Ocorreu 4 a 6 dias	1	0,4
	Ocorreu diariamente	1	0,4
Sintomas comportamentais não direcionados a outros	Sem comportamento	240	99,6
	Ocorreu 1 a 3 dias	1	0,4
	Ocorreu 4 a 6 dias	0	
	Ocorreu diariamente	0	
Rejeição de cuidados	Sem comportamento	229	95,0
	Ocorreu 1 a 3 dias	8	3,3
	Ocorreu 4 a 6 dias	4	1,7
	Ocorreu diariamente	0	
Utente tem deambulado	Sem comportamento	118	49,0
	Ocorreu 1 a 3 dias	0	
	Ocorreu 4 a 6 dias	0	
	Ocorreu diariamente	123	51,0
Deambular coloca utente em risco	Não	112	91,1
Deambular interfere na privacidade dos outros	Não	119	96,7

Nota: Atendendo a que apenas 8 sujeitos apresentaram sintomas comportamentais não se analisou as questões E0500 e E0600 do RAI-MDS.

3.1.1.6 Rotina e atividades habituais

Para avaliar as rotinas e atividades habituais, 174 dos inquiridos (71%) foram capazes de responder ao inquérito, enquanto 67 foram avaliados pelos funcionários. Nas Tabelas 3.9 e 3.10 apresentam-se os resultados obtidos na avaliação pelo próprio, verificando-se que os inquiridos apresentam como preferências diárias mais importantes: ter a família/amigo envolvido no planeamento dos seus cuidados, cuidar dos pertences ou objetos pessoais, ter um lugar seguro para guardar objetos, escolher o tipo de banho e ter lanche entre as refeições.

Relativamente às atividades favoritas, 57,9% apontam como muito importante “participar em cerimónias ou práticas religiosas” e consideram ainda importante: manter-se atualizado quanto às notícias; fazer coisas com grupos de pessoas ou fazer as atividades favoritas. Pelo contrário dão menor importância a estar perto de animais e escutar as músicas que gostam. De notar, ainda, que 32,4% considera importante ler livros, jornais e revistas, mas declara que não o pode fazer, o que estará associado a limitações clínicas, mas também ao facto destes utentes possuírem baixas habilitações, com uma fração significativa de sujeitos que não sabem ler.

Tabela 3.9 Caracterização das preferências diárias (avaliação pelo próprio)

Preferências diárias	Importância						Total
	Muito importante	Importante	Pouco importante	Nada importante	Importante, mas não pode fazer	Sem resposta	
Escolher as roupas que veste	14,4%	58,6%	17,2%	3,4%	4,6%	1,8%	100%
Cuidar dos pertences ou objetos pessoais	14,4%	66,1%	9,8%	1,7%	5,2%	2,8%	100%
Escolher o tipo de banho	9,3%	64,5%	16,3%	1,2%	5,2%	3,5%	100%
Ter lanche entre as refeições	5,8%	68,8%	16,8%	4,6%	1,7%	2,3%	100%
Escolher a própria hora de dormir	8,1%	59,0%	22,5%	3,5%	4,6%	2,3%	100%
Ter a família/amigo envolvido no planeamento	18,5%	69,9%	3,5%	1,2%	4,6%	2,3%	100%
Ser capaz de usar o telefone em privado	5,2%	51,4%	19,7%	9,2%	11,0%	3,5%	100%
Ter um lugar seguro para guardar objetos	13,9%	64,2%	13,9%	0,0%	2,9%	5,1%	100%

Tabela 3.10 Caracterização das atividades favoritas (avaliação pelo próprio)

Atividades preferidas	Importância						Total
	Muito importante	Importante	Pouco importante	Nada importante	Importante, mas não pode fazer	Sem resposta	
Livros, jornais e revistas para ler	11,6%	23,7%	17,3%	13,3%	32,4%	1,7%	100%
Escutar músicas que gosta	13,3%	50,2%	24,3%	10,4%	0,6%	1,2%	100%
Estar perto animais	3,5%	42,7%	19,7%	15,0%	16,2%	2,9%	100%
Manter-se atualizado quanto às notícias	21,4%	50,2%	17,3%	6,4%	3,5%	1,2%	100%
Fazer coisas com grupos de pessoas	4,6%	61,9%	20,2%	5,8%	5,8%	1,7%	100%
Fazer as atividades favoritas	6,9%	70,5%	11,0%	3,5%	6,4%	1,7%	100%
Ir para a rua tomar ar fresco	12,7%	48,6%	17,3%	2,3%	18,5%	0,6%	100%
Participar em cerimónias ou práticas religiosas	57,9%	28,3%	4,6%	1,7%	6,9%	0,6%	100%

Os idosos que não podiam por restrições físicas, clínicas ou psicológicas fornecer diretamente os dados para esta dimensão de análise do RAI-MDS, foram avaliados pelos funcionários. Os resultados obtidos (Tabela 3.11), mostram uma baixa incidência de uma grande parte das diferentes opções desta dimensão nestes utentes, com 33% a não mostrar interesse por nenhuma das alternativas apresentadas. Observa-se que a mais frequente é “participar em atividades religiosas”, sinalizada pelos funcionários para 31,9% dos sujeitos. Este resultado apresenta a mesma tendência observada quando a avaliação é feita pelo próprio. Outras alternativas escolhidas, com votações entre os 18 e 28%, foram: escolher a roupa para vestir; passar algum tempo ao ar livre; cuidar dos pertences pessoais e tomar duche.

Tabela 3.11 Caracterização das atividades e preferências (avaliação pelo funcionário)

Preferências e atividades diárias	n	%
Participar em práticas ou atividades religiosas	22	31,9%
Escolher a roupa para vestir	19	27,5%
Passar algum tempo ao ar livre	17	24,6%
Cuidar dos pertences pessoais	14	20,3%
Tomar duche	13	18,8%
Ouvir música	10	14,5%
Lanches entre as refeições	9	13,0%
Participar nas atividades favoritas	8	11,6%
Lugar para guardar os pertences pessoais	7	10,1%
Tomar banho de banheira	6	8,7%
Estar levantado depois das 20h00	6	8,7%
Leitura de livros, jornais ou revistas	6	8,7%
Manter-se atualizado quanto às notícias	6	8,7%
Tomar banho na cama	5	7,2%
Fazer coisas com grupos de pessoas	5	7,2%
Envolvimento familiar/ amigo no planeamento de cuidados	4	5,8%
Uso do telefone em privacidade	4	5,8%
Passar algum tempo longe do lar de idosos	4	5,8%
Tomar banho de esponja	2	2,9%
Nenhuma das anteriores	23	33,3%

3.1.1.7 Estado funcional

As Tabelas 3.12 e 3.13 resumem os resultados obtidos para o auto-desempenho e suporte relativamente à assistência nas AVD. Ao nível do auto-desempenho as atividades sinalizadas com maior nível de independência foram a mobilidade da cama, o alimentar-se, caminhar no quarto ou no corredor e a locomoção na instituição, com incidências entre os 60% a 74%. Pelo contrário, o vestir-se, as transferências, o uso da casa de banho e a higiene pessoal, são as AVD que implicam maior grau de dependência dos idosos e nas quais estes necessitam de mais ajuda. De notar que para estas atividades entre 25% a 30% dos utentes revelou uma necessidade de assistência ou um grau de dependência total.

Ao nível do suporte providenciado aos idosos analisados os resultados são semelhantes aos do auto-desempenho. Assim, as atividades que implicam menor suporte da instituição são as que apresentam menor nível de dependência e que foram descritas no parágrafo anterior. Aquelas que implicam maior suporte são também as que foram sinalizadas como mais dependentes, verificando-se que aquelas que necessitam de maior apoio são o vestir-se e as transferências. No primeiro caso 36% dos utentes precisa da ajuda de uma pessoa e 14% de duas ou mais pessoas, já para o segundo caso estas incidências são, respetivamente, de 20% e 18%. Ainda, nas atividades que precisam de maior apoio, seguem-se o uso da casa de banho e a higiene pessoal, com 24% e 28%, respetivamente, a afirmar que a assistência é prestada por uma pessoa.

Tabela 3.12 Caracterização do auto-desempenho nas AVD

AVD	Auto-desempenho						Total
	Independente	Supervisão	Assistência parcial	Assistência total	Dependência total	Atividade não ocorreu	
Mobilidade na cama	74,3%	3,7%	3,3%	5,7%	13,0%	0,0%	100%
Transferências	59,6%	1,6%	8,6%	15,1%	14,3%	0,8%	100%
Caminhar no quarto	63,7%	4,1%	4,1%	4,5%	4,9%	18,7%	100%
Caminhar no corredor	62,0%	4,1%	4,5%	4,1%	4,9%	20,4%	100%
Locomoção na instituição	60,1%	5,2%	5,2%	4,0%	5,7%	19,8%	100%
Locomoção fora da instituição	41,0%	7,4%	4,5%	4,1%	4,1%	38,9%	100%
Vestir-se	42,0%	5,3%	18,4%	15,9%	18,4%	0,0%	100%
Alimentar-se	73,5%	8,2%	6,5%	2,4%	9,4%	0,0%	100%
Uso da casa de banho	54,7%	5,3%	9,8%	11,4%	16,3%	2,5%	100%
Higiene pessoal	57,4%	4,9%	11,9%	9,4%	16,4%	0,0%	100%

Tabela 3.13 Caracterização do suporte fornecido para as AVD

AVD	Suporte					Total
	Sem organização ou ajuda	Apenas ajuda na organização	Uma pessoa faz ajuda física	Duas ou mais pessoas fazem ajuda física	AVD's não ocorreram no período	
Mobilidade na cama	74,7%	2,8%	8,2%	14,3%	0,0%	100%
Transferências	60,0%	2,1%	20,2%	17,7%	0,0%	100%
Caminhar no quarto	73,6%	4,7%	12,3%	3,3%	6,1%	100%
Caminhar no corredor	73,6%	4,7%	12,0%	3,4%	6,3%	100%
Locomoção na instituição	70,7%	7,2%	15,4%	1,9%	4,8%	100%
Locomoção fora da instituição	61,4%	11,1%	17,0%	1,1%	9,4%	100%
Vestir-se	42,2%	7,4%	36,1%	14,3%	0,0%	100%
Alimentar-se	71,8%	13,1%	12,7%	2,4%	0,0%	100%
Uso da casa de banho	54,3%	5,7%	24,9%	12,7%	2,4%	100%
Higiene pessoal	56,7%	6,1%	28,2%	9,0%	0,0%	100%

Relativamente a outras características do estado funcional apresentam-se os resultados obtidos na Tabela 3.14. Ao nível da autonomia para tomarem banho, verificou-se um elevado grau de dependência, sendo que apenas 20,8% dos idosos são independentes, requerendo os restantes algum tipo de ajuda, sendo nestes casos predominante a dependência total (39,2% dos casos) e ajuda física em parte do banho (24,9%). Conclui-se que estes idosos apresentam um baixo grau de autonomia em relação à atividade do banho. Verificou-se, ainda, que para metade dos casos analisados, esta ajuda foi prestada por uma pessoa (49,8%).

Os idosos tinham maiores limitações na amplitude do movimento das extremidades inferiores do que nas extremidades superiores. Os resultados indicaram que 53% não apresentava deterioração nas extremidades inferiores, subindo esta incidência para 78% no caso das extremidades superiores. Cerca de 42% não utilizava dispositivos de mobilidade, enquanto os restantes usavam predominantemente bengala/muleta (28,6%) ou cadeira de rodas (23,3%). Quer os utentes, quer os profissionais de saúde, tinham expectativas muito baixas sobre a possibilidade de aumentarem o seu grau de independência, sendo esta maior no caso dos profissionais de saúde. Os utentes tinham uma visão mais pessimista, da sua capacidade para serem mais independentes.

Tabela 3.14 Caracterização de outras dimensões do estado funcional

Variável	Categoria	n	%
Auto-desempenho no banho	Independente	51	20,8
	Supervisão	27	11,0
	Ajuda física nas transferências	10	4,1
	Ajuda física em parte do banho	61	24,9
	Dependência total	96	39,2
Suporte providenciado no banho	Sem organização ou ajuda	50	20,4
	Apenas ajuda na organização	25	10,2
	Uma pessoa faz ajuda física	122	49,8
	Duas ou mais pessoa fazem ajuda física	48	19,6
Limitações funcionais na amplitude do movimento da extremidade superior	Sem deterioração	190	77,6
	Deterioração de um dos lados	29	11,8
	Deterioração de ambos os lados	26	10,6
Limitações funcionais na amplitude do movimento da extremidade inferior	Sem deterioração	129	52,7
	Deterioração de um dos lados	29	11,8
	Deterioração de ambos os lados	87	35,5
Dispositivos de mobilidade	Bengala/Muleta	70	28,6
	Andarilho	15	6,1
	Cadeira de rodas	57	23,3
	Prótese nos membros	0	0
	Nenhum dos anteriores	105	42,9
O utente acredita que pode ter mais independência	Sim	13	5,3
A equipa acredita que o utente pode ter mais independência	Sim	31	12,7

O equilíbrio durante as transições e marcha (Tabela 3.15), era sempre seguro para cerca de metade dos idosos nas várias atividades avaliadas (as incidências variam entre 51% a 54%). Para os restantes casos analisados as atividades sinalizadas com maior necessidade de assistência foram transferência de superfície para superfície (22,9%) e o mudar-se da posição sentada para a ereta (17,6%).

Tabela 3.15 Caracterização do equilíbrio durante as transições e marcha

Equilíbrio durante as transições e marcha	Avaliação				Total
	Sempre seguro/firme	Capaz de estabilizar sem assistência	Apenas capaz de estabilizar com assistência	Atividade não ocorreu	
Mudar-se de posição sentada para ereta	53,1%	14,7%	17,6%	14,6%	100%
Marcha	54,3%	14,7%	10,2%	20,8%	100%
Girar ao seu redor	51,0%	15,1%	11,8%	22,1%	100%
Entrar e sair do WC	51,4%	15,5%	11,0%	22,1%	100%
Transferência de superfície para superfície	53,1%	14,3%	22,9%	9,7%	100%

3.1.1.8 Bexiga e intestino

Os resultados obtidos (Tabela 3.16) indicam que 51,8% dos idosos usava fralda ou coletor urinário, enquanto 46,5% não utilizava nenhum dos aparelhos ou dispositivos apresentados. Para a grande maioria (82,9%) não foi implementado qualquer programa de treino urinário; apenas 16,7% foram sujeitos a este tipo de programas, verificando-se que nos casos em que foi possível avaliar o mesmo, este levou a melhorias no grau de incontinência (em 20 destes idosos, apenas 3 não mostraram melhorias). A reduzida implementação destes programas, com aparentes resultados positivos, está em contrassenso com a continência urinária, já que cerca de 55% dos idosos apresentava algum nível de incontinência (20% eram totalmente incontinentes); de notar, que os restantes 45% estavam sempre continentos.

Ao nível do funcionamento do aparelho intestino, a grande maioria dos idosos (72,7%) não apresentava incontinência intestinal, sendo esta observada totalmente em 18,8% dos inquiridos (cerca de 1 em cada 5). A implementação de programas para controlo deste tipo de incontinência era marginal, envolvendo apenas 1,6% dos idosos. Verificou-se, também, que 1 em cada 5 sujeitos sofria de obstipação.

Tabela 3.16 Caracterização dimensões associadas à bexiga e ao intestino

Variável	Categoria	n	%
Aparelhos / Dispositivo	Cateter	5	2,0
	Fralda, coletor urinário externo	127	51,8
	Ostomia	2	0,8
	Cateterismo	0	0,0
	Nenhuma das anteriores	114	46,5
Foi implementado programa de treino urinário	Não	203	82,9
	Sim	41	16,7
	Não é possível determinar	1	0,4
Qual a resposta do utente ao programa de treino de continência	Sem melhorias	3	7,5
	Diminuição de perdas	13	32,5
	Completamento seco	4	10,0
	Não é possível determinar	20	50,0
Continência urinária	Sempre continente	111	45,3
	Ocasionalmente incontinente	59	24,1
	Frequentemente incontinente	25	10,2
	Sempre incontinente	50	20,4
Continência intestinal	Sempre continente	178	72,7
	Ocasionalmente incontinente	14	5,7
	Frequentemente incontinente	7	2,9
	Sempre incontinente	46	18,8
Está a ser usado programa de treino intestinal	Sim	4	1,6
O utente tem obstipação	Sim	52	21,1

3.1.1.9 Diagnóstico de doenças ativas

As doenças ativas diagnosticadas com maior nível de incidência (Tabela 3.17), foram a hipertensão arterial (48,6%), a dislipidémia (21,1%) e a diabetes Mellitus (18%). Estas são aquelas que mais frequentemente afetam este tipo de população. Verificou-se, ainda, que 15 sujeitos apresentavam depressão, sendo esta um resultado importante, já que esta variável é uma das que é utilizada no sistema de classificação RUG-III.

Tabela 3.17 Incidência de doenças ativas

Diagnóstico	n	%
Hipertensão arterial	119	48,6
Dislipidémia	52	21,2
Diabetes Mellitus	44	18,0
Hemiplegia	33	13,5
Insuficiência cardíaca	32	13,1
Artrite	26	10,6
Fibrilação auricular e arritmias	25	10,2
AVC	24	9,8
Demência	24	9,8
HBP	23	9,4
Asma/DPCO	22	9,0
Anemia	20	8,2
Doença de Alzheimer	17	6,9
Depressão	15	6,1
Cataratas	13	5,3
Insuficiência renal	12	4,9
Doença coronária arterial	10	4,1
Doença de Parkinson	10	4,1

3.1.1.10 Condições de saúde

O RAI-MDS avalia também o nível de dor e sofrimento dos idosos, apresentando-se na Tabela 3.18 os resultados obtidos para os casos analisados neste trabalho. Apesar da grande maioria não fazer medicação regular para a dor, a 32% destes utentes já tinha sido aplicada a medicação SOS. Esta necessidade estará associada ao facto de uma fração significativa reconhecer que teve dor ou sofrimento nos últimos 5 dias (51,8%) e que essa dor surge quase sempre (21,6%) ou ocasionalmente (17,6%), com uma intensidade leve a moderada. Cerca de 24% manifestam dificuldades durante o sono devido à dor e 33% limitações nas atividades diárias.

Tabela 3.18 Caracterização e avaliação do nível de dor e sofrimento

Variável	Categoria	n	%
Fez alguma medicação para a dor	Sim	32	13,1
Tomou medicação SOS para a dor	Sim	70	32,2
Recebeu intervenções não farmacológicas para a dor	Sim	6	2,4
Avaliação da dor pelo próprio	Sim	191	78,0
Dor ou sofrimento nos últimos 5 dias	Sim	127	51,8
Quanto tempo sentiu essa dor ou sofrimento	Quase constantemente	53	21,6
	Frequentemente	22	9,0
	Ocasionalmente	43	17,6
	Raramente	9	3,7
Dor dificultou o sono à noite nos últimos 5 dias	Sim	60	24,5
Dor limitou as atividades diárias nos últimos 5 dias	Sim	82	33,5
Intensidade da dor nos últimos 5 dias	Leve	32	13,1
	Moderada	69	28,2
	Severa	21	8,6
	Muito severa	1	0,4
	Incapaz de responder	4	1,6
Avaliação da dor pelo próprio funcionário	Sim	61	24,9
Avaliação funcionário - Indicadores de dor	Sons não verbais	8	3,3
	Formas vocais de queixa de dor	11	4,5
	Expressões faciais	15	6,1
	Movimentos ou posturas corporais	3	1,2
	Nenhum dos anteriores	37	15,1
Avaliação funcionário - Frequência queixas	1 ou 2 dias	12	4,9
	3 ou dias	4	1,6
	Diariamente	8	3,3

Nota: % calculadas em relação aos 245 sujeitos da amostra

Relativamente a outras condições de saúde (Tabela 3.19), observou-se um baixo grau de incidência das várias patologias apresentadas, sendo a falta de ar a que apresentou maior frequência com valores entre 6% e 12%; o uso de tabaco, a febre, os vômitos, a desidratação e as hemorragias, eram marginais, com incidências abaixo dos 2%. As quedas recentes foram também muito pouco frequentes, mas quando se avalia a existência de quedas desde a admissão na instituição a incidência subiu para 40%, verificando-se que muitas destas quedas originaram lesões, algumas delas do tipo maior.

Tabela 3.19 Caracterização de outras condições de saúde e quedas

Variável	Categoria	n	%
Falta de ar ou dificuldades respiratórias com esforço	Sim	31	12,7
Falta de ar ou dificuldades respiratórias em repouso	Sim	14	5,7
Falta de ar ou dificuldades respiratórias deitado	Sim	19	7,8
Uso de tabaco	Sim	5	2,0
Esperança de vida inferior a seis meses	Sim	0	0,0
Febre nos últimos 5 dias	Sim	0	0,0
Vômitos nos últimos 5 dias	Sim	2	0,8
Desidratação nos últimos 5 dias	Sim	0	0,0
Hemorragia interna nos últimos 5 dias	Sim	0	0,0
Queda nos últimos 30 dias antes da admissão	Sim	12	4,9
Queda nos últimos 31 - 180 dias antes da admissão	Sim	9	3,7
Queda desde a admissão	Sim	98	40,2
Número quedas desde a admissão sem lesões	Nenhuma	61	24,9
	Uma	26	10,6
	Duas ou mais	11	4,5
Número quedas desde a admissão com lesões	Nenhuma	49	20,0
	Uma	39	15,9
	Duas ou mais	10	4,1
Número quedas desde a admissão com lesões major	Nenhuma	79	32,2
	Uma	17	6,9
	Duas ou mais	2	0,8

Nota: % calculadas em relação aos 245 sujeitos da amostra

3.1.1.11 Estados de deglutição/nutricional e oral/dental

Na Tabela 3.20 apresentam-se os resultados relativos a indicadores associados aos fatores deglutição/nutricional e oral/dental. Relativamente ao primeiro factor, a incidência dos vários indicadores analisados foi muito baixa, com frequências a oscilar entre 0 a 4% para quase todos eles, à exceção da dieta manipulada e da dieta terapêutica que apresentaram incidências de 17,2% e 19,2%, respetivamente. Quanto aos aspetos sobre o estado oral/dental dos idosos analisados, destacou-se com 62% dos casos o grupo daquelas que não têm dentes naturais ou fragmentos de dentes; as restantes alternativas apresentaram incidências muito menores, observando-se

frequências mais elevadas para: dentadura partida ou mal adaptada; cavidade óbvias ou dentes naturais partidos; e gengivas inflamadas ou sangrentas.

Tabela 3.20 Caracterização de deglutição/nutricional e oral/dental

Variável	Categoria	n	%
Perda de sólidos/líquidos pela boca ao comer ou beber	Sim	6	2,5
Manter comida na boca ou comida residual após refeições	Sim	5	2,0
Tossir ou engasgar-se nas refeições ou a deglutir medicação	Sim	10	4,1
Queixas de dificuldade de dor com a deglutição	Sim	9	3,7
Perda de 5% do peso no último mês	Sim	2	0,8
Alimentação parentérica IV	Sim	0	0,0
Alimentação por sonda	Sim	4	1,6
Dieta manipulada	Sim	42	17,2
Dieta terapêutica	Sim	47	19,2
Proporção do total de calorias recebida por via parentérica ou sonda	25% ou menos	0	0,0
	26 - 50%	0	0,0
	51% ou mais	2	0,8
Dose média diária de fluídos por via parentérica ou sonda	500 cc/dia ou menos	1	0,4
	501 cc/dia ou mais	1	0,4
Dentadura partida ou mal adaptada	Sim	34	13,9
Sem dentes naturais ou fragmentos de dentes	Sim	152	62,0
Tecido da mucosa bucal anormal	Sim	6	2,4
Cavidade óbvias ou dentes naturais partidos	Sim	28	11,4
Gengivas inflamadas ou sangrentas	Não	41	16,7
Dor na boca ou face, desconforto ou dificuldade de mastigação	Sim	22	9,0
Incapaz de examinar	Sim	4	1,6

Nota: % calculadas em relação aos 245 sujeitos da amostra

3.1.1.12 Condições da pele

Os resultados obtidos para esta dimensão (Tabela 3.21) mostraram que apenas 9 utentes (3,7%) apresentavam úlceras de pressão, revelando todos eles úlceras de grau um ou superior ainda por cicatrizar. O baixo número de úlceras observadas eram de grau 3 ou 2, sendo estas últimas predominantes. Verificou-se, ainda, que a maioria dos utentes com esta patologia apresentava apenas uma úlcera de um destes tipos.

Apesar desta reduzida incidência, 20% dos sujeitos apresentava risco de desenvolvimento desta patologia, o que revela que cerca de 1/5 da amostra tinha propensão a desenvolver este tipo de úlcera, o que sugere um cuidado acrescido no acompanhamento e prevenção destas situações. Relativamente a outros problemas de pele, a incidência é praticamente inexistente, sendo o mais frequente a “lesão aberta por outras úlceras, rash ou cortes”, com apenas 4 utentes a apresentar esta situação. Como principais medidas para lidar com estas lesões e as prevenir surgem: intervenção de nutrição ou hidratação da pele; posicionar / reposicionar; dispositivo de redução de pressão para a cama; e aplicação de pomadas/medicação a outros que não o pé.

Tabela 3.21 Caracterização das condições da pele

Variável	Categoria	n	%
Utentes com úlceras de pressão	Sim	9	3,7
Utente está em risco de desenvolver úlceras de pressão	Sim	49	20,0
Utente tem úlceras de pressão por cicatrizar	Sim	9	3,7
Úlceras de pressão de grau I	Nenhuma	0	0,0
Úlceras de pressão de grau II	Uma	6	2,4
	Duas	1	0,4
Úlceras de pressão de grau III	Uma	2	0,8
Úlceras de pressão de grau IV	Nenhuma	0	0,0
Estava presente alguma úlcera de pressão na última avaliação	Sim	4	1,6
Infeção no pé	Sim	0	0,0
Úlcera pé diabético	Sim	0	0,0
Outra lesão aberta no pé	Sim	1	0,4
Lesão aberta por outras úlceras, rash ou cortes	Sim	4	1,6
Ferida cirúrgica	Sim	0	0,0
Queimadura	Sim	0	0,0
Dispositivo de redução de pressão para a cadeira	Sim	5	2,0
Dispositivo de redução de pressão para a cama	Sim	18	7,4
Posicionar / Reposicionar	Sim	22	9,0
Intervenção de nutrição ou hidratação da pele	Sim	48	19,7
Cuidados à úlcera	Sim	13	5,3
Cuidados à ferida cirúrgica	Sim	1	0,4
Aplicação de pensos não cirúrgicos a outros que não o pé	Sim	3	1,2
Aplicação de pomadas/medicação a outros que não o pé	Sim	19	7,8
Aplicação de pensos ao pé	Sim	3	1,2

Nota: % calculadas em relação aos 245 sujeitos da amostra

3.1.1.13 Medicação

Os resultados apresentados na Tabela 3.22, permitem verificar que a quase totalidade dos idosos (95,9%) não receberam injeções nos 7 dias que precederam o momento de aplicação do inquérito, incluindo as injeções de insulina que foram administradas apenas a 2% destes utentes. Relativamente aos medicamentos recebidos pelos idosos prevaleceram os ansiolíticos, que nos sete dias anteriores à data de recolha dos dados tinham sido tomados por 57,6% destes utentes; seguem-se os diuréticos e os anticoagulantes com frequências de 33,5% e 22%, respetivamente.

Tabela 3.22 Caracterização da medicação administrada aos idosos

Variável	Categoria	n	%
Número de dias em que foram administradas injeções na última semana	Nenhum	235	95,9
	Um	4	1,6
	Tês	1	0,4
	Sete	5	2,0
Número de dias em que foram administradas injeções de insulina na última semana	Nenhum	240	98,0
	Sete	5	2,0
Alteração da prescrição de insulina na última semana	Sim	0	0,0
Ansiolíticos	Sim	141	57,6
Diuréticos	Sim	82	33,5
Anticoagulantes	Sim	54	22,0
Antipsicóticos	Sim	51	20,8
Antidepressivos	Sim	39	15,9
Hipnóticos	Sim	4	1,6
Antibióticos	Sim	4	1,6

Nota: % calculadas em relação aos 245 sujeitos da amostra

3.1.1.14 Tratamentos especiais e procedimentos

Apresentam-se na Tabela 3.23, os indicadores com resultados mais representativos para esta dimensão, uma vez que algumas das variáveis

analisadas apresentaram incidências nulas ou marginais. Assim, na última semana antes da recolha dos dados, verificou-se que apenas dois utentes tinham frequentado sessões de terapia da fala ou audiologia, um esteve envolvido em terapia psicológica e nenhum frequentou a terapia ocupacional ou a terapia respiratória. Pelo contrário a fisioterapia foi a mais utilizada nos últimos sete dias, com 42 utentes a participarem em sessões individuais, com durações variadas, que se situaram entre os 15 e os 120 minutos. Relativamente a tratamento oncológicos, respiratórios e programas de enfermagem de reabilitação, os utentes quase não os frequentaram, realçando-se a oxigenoterapia e a amplitude do movimento passivo, aplicadas a 6 e 10 utentes, respetivamente.

Para a grande maioria dos utentes (92,2%) foi administrada, no último ano, na instituição a vacina da gripe, verificando-se que apenas 8 sujeitos se recusaram a receber a vacina, quando esta foi oferecida pela instituição. Pelo contrário a quase totalidade (99,2%) não tem a vacinação pneumocócica atualizada.

Tabela 3.23 Caracterização dos tratamentos especiais e procedimentos

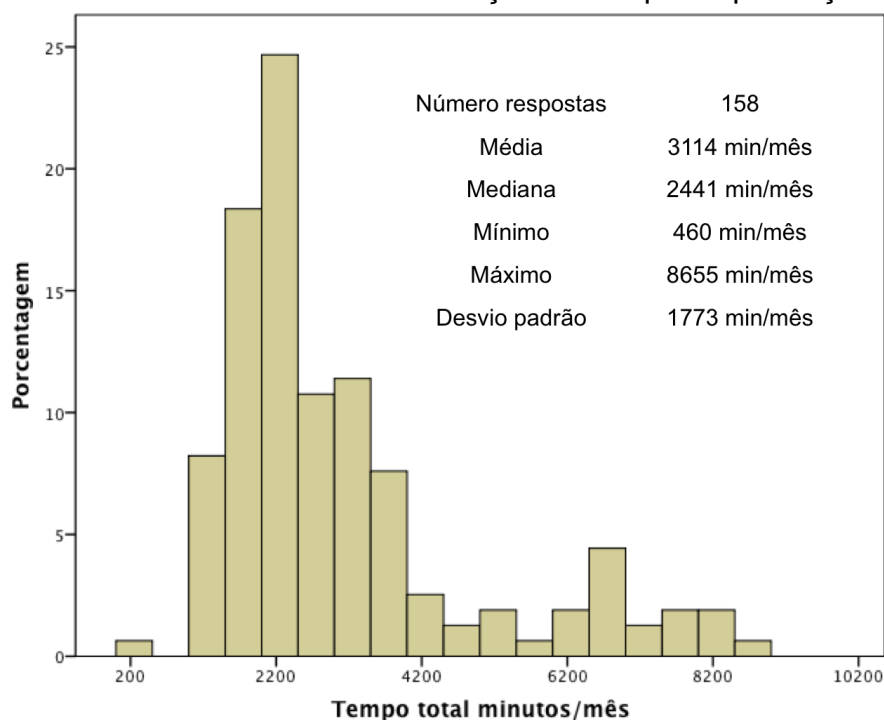
Variável	Categoria	n	%
Utente recebeu vacina da gripe este ano na instituição	Sim	226	92,2
Motivos para não ter recebido a vacina	Não se encontrava na instituição	5	2,0
	Vacinou-se fora da instituição	5	2,0
	Oferecida e recusada	8	3,3
A vacinação pneumocócica esta atualizada	Não	242	99,2
Minutos individuais de terapia física na última semana	Nenhum	203	82,9
	Até 30 minutos	20	8,2
	30 a 60 minutos	14	5,7
	Mais 60 minutos	8	3,2
Nos últimos 14 dias, em quantos dias o médico examinou o utente	Nenhum	212	86,5
	Um	32	13,1
	Dois	1	0,4
Nos últimos 14 dias, em quantos dias o médico alterou as prescrições do utente	Nenhum	228	93,1
	Um	17	6,9

Nota: % calculadas em relação aos 245 sujeitos da amostra

3.1.2 Caracterização da variável dependente

A variável dependente neste trabalho é o tempo, em minutos por mês, utilizado para a prestação de cuidados pelos vários grupos de profissionais na instituição. A avaliação do tempo foi feita por autorrelato dos respetivos profissionais, questionando-se os mesmos sobre o tempo que cada um demorava a prestar os cuidados a cada um dos utentes. O tempo total da prestação de cuidados foi obtido pela soma dos tempos parciais transmitidos por cada um dos profissionais. Dos 245 utentes analisados, apenas foi possível obter os valores desta variável para 158 sujeitos. Os resultados obtidos (Figura 8) mostram que o tempo da prestação de cuidados apresenta uma assimetria acentuada à direita, variando entre 460 a 8655 minutos/mês, com uma média de 3114 minutos/mês (DP=1773). O valor da mediana é bastante inferior ao da média, como seria de esperar para uma distribuição com assimetria acentuada à direita. Conclui-se que a distribuição desta variável não é normal, pelo que em algumas análises inferenciais aplicadas nesta tese, utilizou-se uma transformação logarítmica do tempo de prestação dos cuidados como variável dependente.

Figura 8 Estatísticas descritivas e distribuição do tempo de prestação cuidados



3.1.3 Classificação dos idosos com a metodologia do RUG-III

Através dos dados das variáveis recolhidos com o RAI-MSD os indivíduos foram classificados nos respetivos grupos de acordo com a classificação RUG-III.

Para o cálculo do Case Mix Índice (CMI) foi avaliado o tempo utilizado para a prestação de cuidados pelos vários grupos profissionais na instituição, que como já se referiu foi feita por autorrelato dos respetivos profissionais. Foi ainda calculado o CMI por grupos profissionais, nomeadamente CMI de enfermagem e CMI de ajudante de lar.

Para o cálculo da variabilidade explicada pelo sistema de classificação RUG-III, recorreu-se a uma regressão linear, utilizando a variável tempo total utilizado como variável dependente e a classificação RUG III como variável independente. Foi necessário proceder a uma transformação logarítmica da variável tempo total porque esta era assimétrica à direita.

3.1.3.1 Caracterização das variáveis de classificação do RUG-III

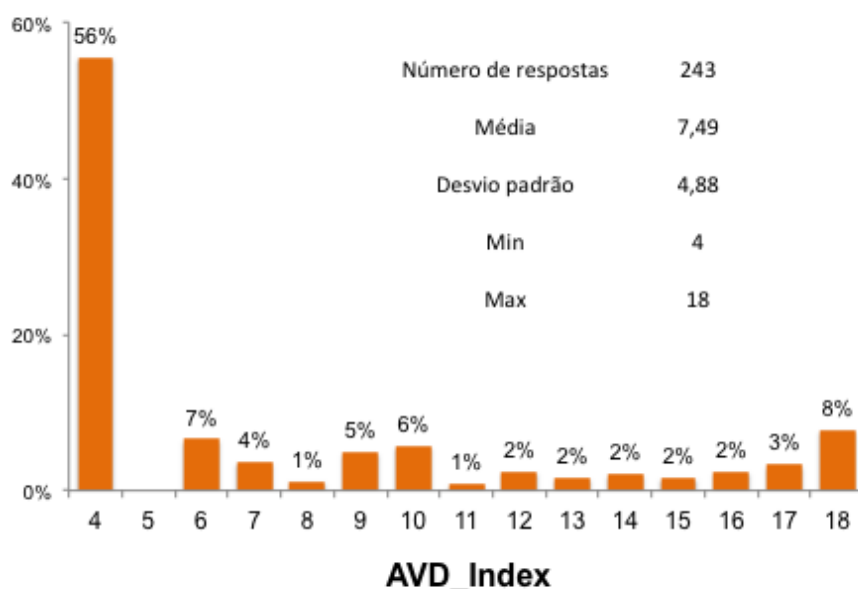
O modelo do RUG-III, como se apresentou anteriormente na Tabela 1.2, usa várias dimensões e variáveis para classificar os utentes em 44 grupos diferentes. Estas dimensões são: o tipo de reabilitação aplicado ao idoso, tipo de serviços extensivos, o índice AVD, a depressão, a frequência de enfermagem de reabilitação, os cuidados especiais, os casos clinicamente complexos, o declínio cognitivo, problemas de comportamento e a condição física reduzida. A obtenção destas dimensões, é feita a partir da informação de 105 indicadores do RAI-MDS, como se viu anteriormente na parte teórica. Assim, antes de apresentar os resultados obtidos para o RUG-III para a amostra analisada, faz-se de seguida uma breve caracterização destas variáveis que lhe deram origem.

Ao nível do tipo de reabilitação, na amostra de 245 utentes, não foi identificado nenhum idoso, pelo que nenhum sujeito se classifica nos grupos desta dimensão do RUG-III, o mesmo acontecendo para os cuidados especiais. Para as dimensões tipo de serviços extensivos apenas foi identificado um idoso. Sinalizaram-se, ainda, 118 sujeitos com depressão, 144 com condição física reduzida, 25 clinicamente complexos, 6 com declínio cognitivo e 9 com problemas de comportamento.

Com base nos resultados obtidos para as AVD (apresentados em cima no ponto 3.1.7), calculou-se ainda o índice de AVD, que no caso do RUG-III é obtido avaliando meramente o auto-desempenho e o suporte de quatro atividades: mobilidade na cama, utilização do WC, transferências e alimentação. Deste modo, tendo por base os resultados obtidos nestas quatro atividades, nos idosos analisados no âmbito deste trabalho, apresentam-se na Figura 9 os resultados obtidos para o índice AVD do RUG-III. Este indicador varia entre 4 e 18 pontos, considerando-se que valores mais elevados estão associados a uma maior utilização de recursos. Este indicador é muito importante, porque como já se referiu, é uma das variáveis utilizadas na classificação dos utentes nos vários grupos do RUG-III (ver Tabela 1.2 na parte teórica deste trabalho). Nos idosos avaliados, 56% apresenta o índice de AVD

mínimo de 4 pontos, o que significa que uma fração significativa da amostra é bastante independente e não necessita de ajuda. Os restantes 44% estão distribuídos pelas restantes pontuações com frequências entre 1% e 8%. A frequência das últimas quatro pontuações (15 a 18) totaliza 15%, o que indica que são estes utentes que apresentam uma menor independência e uma maior necessidade de ajuda nas suas atividades diárias. A elevada concentração de sujeitos na pontuação mínima, faz antever uma elevada classificação destes idosos nos níveis de utilização de recursos mais baixos de cada uma das dimensões do RUG-III.

Figura 9 Estatísticas e distribuição do índice AVD do RUG-III



3.1.3.2 Resultados da classificação dos idosos segundo o RUG-III

Na tabela 3.24 apresentam-se os resultados obtidos para a classificação dos idosos usando a metodologia do RUG-III. De notar que, dos 245 idosos analisados, os resultados da Tabela 3.24 apenas se referem aos sujeitos para os quais se conseguiu obter o tempo total dos cuidados. Esta limitação resulta da necessidade de relacionar a classificação com a variável independente, o que só é possível para os sujeitos em que esta seja conhecida.

Tabela 3.24 Distribuição da amostra segundo a classificação do RUG-III (44 grupos) e respectivos CaseMix Índice total, de enfermagem, e de ajudantes de lar

Nome do RUG	N	%	CMI TOTAL	CMI Enf	CMI Ajd
Reabilitação	0	0	0	0	0
RVC	0	0	0	0	0
RVB	0	0	0	0	0
RVA	0	0	0	0	0
RHD	0	0	0	0	0
RHC	0	0	0	0	0
RHB	0	0	0	0	0
RHA	0	0	0	0	0
RMC	0	0	0	0	0
RMB	0	0	0	0	0
RMA	0	0	0	0	0
RLB	0	0	0	0	0
RLA	0	0	0	0	0
Serviços Extensivos	1	0,6	2,43	3,28	2,76
SE3	0	0	0	0	0
SE2	0	0	0	0	0
SE1	1	0,6	2,43	3,28	2,76
Cuidados Especiais	0	0	0	0	0
SSC	0	0	0	0	0
SSB	0	0	0	0	0
SSA	0	0	0	0	0
Clínicamente Complexo	23	14,7	1	1,92	1,01
CD2	1	0,6	0,69	1,68	0,84
CD1	3	1,9	1,55	2,99	1,61
CC2	1	0,6	0,85	1,37	0,92
CC1	6	3,8	1,08	2,17	1,26
CB2	2	1,3	1,63	2,66	1,81
CB1	3	1,9	0,66	1,06	0,61
CA2	6	3,8	0,78	1,32	0,54
CA1	1	0,6	0,48	2,73	0,38
Declínio Cognitivo	6	3,8	0,86	0,77	0,92
IB2	0	0	0	0	0
IB1	2	1,3	1,22	0,75	1,3
IA2	0	0	0	0	0
IA1	4	2,6	0,68	0,78	0,73
Problemas de Comportamento	9	5,8	1,29	0,99	1,3
BB2	0	0	0	0	0
BB1	6	3,8	1,45	1	1,58
BA1	0	0	0	0	0
BA1	3	1,9	0,96	0,97	0,74
Condição Física reduzida	117	75	0,98	0,8	0,96
PE2	0	0	0	0	0
PE1	10	6,4	1,48	1,5	1,88
PD2	0	0	0	0	0
PD1	6	3,8	1,27	0,52	1,39
PC2	0	0	0	0	0
PC1	12	7,7	1,57	0,6	1,73
PB2	0	0	0	0	0
PB1	14	9	1,13	0,81	1,2
PA2	0	0	0	0	0
PA1	75	48,1	0,76	0,74	0,64
Total	156	100	1	1	1

Os resultados obtidos permitem verificar que 117 idosos (75%) são classificados como tendo condição física reduzida, que é a dimensão do RUG-III com menor grau de utilização de recursos, tal como mostra o CMI global que é de 0,98. De notar que, 75 destes utentes (48,1%), são classificados no grupo PA1, que é o que tem associado a si a menor utilização de recursos, como se pode verificar pelos valores do CMI que são os mais baixos para este grupo, em relação a todos os outros. Dentro da dimensão da condição física reduzida, surgem ainda mais três grupos com dimensões superiores a 10, nomeadamente: PB1, PC1 e PE1; nestes três grupos os valores do CMI aumentam no sentido ascendente da tabela, o que significa que a utilização de recursos é maior quando se passa do grupo PB1 para PC1 e para PE1, estando de acordo com o que define a metodologia de classificação do RUG-III (grupos mais acima na tabela consomem mais recursos). Para os restantes grupos o número de sujeitos é muito baixo e por isso não se podem tirar conclusões. Repare-se, que mesmo para a dimensão dos clinicamente complexos, com 23 casos, estes são classificados nos diferentes grupos, de tal modo que o número máximo de sujeitos nalguns grupos é de apenas seis idosos.

3.1.3.3 Variância do tempo de prestação dos cuidados explicada pelo modelo de classificação RUG-III

Para validar a capacidade da metodologia RUG-III para classificar corretamente os idosos analisados numa ordem crescente de utilização de recursos, utilizaram-se os grupos obtidos no ponto anterior com 10 ou mais sujeitos. Da análise da Tabela anterior estes grupos são relativos à dimensão da condição física reduzida, nomeadamente: PA1, PB1, PC1 e PE1. Como a amostra é de pequena dimensão a maioria dos grupos tem um número de casos muito baixos o que limita a sua utilização em modelos de inferência estatística. Por outro lado, a concentração elevada de idosos no grupo PA1 (como se viu 48% do total), faz com que a distribuição dos sujeitos pelos vários

grupos do RUG-III seja muito desproporcionada, condicionando também as conclusões obtidas pelo métodos estatísticos; por exemplo, nos grupos PB1, PC1 e PE1, que são os que apresentam maior número de casos a seguir ao grupo PA1, o número sujeitos em cada grupo é 14, 12 e 10, respetivamente.

Para fazer a comparação entre os grupos PA1, PB1, PC1 e PE1, utilizou-se uma ANOVA e uma regressão linear múltipla com três variáveis mudas (a combinação destas classifica cada sujeito no respetivo grupo).

Começando pela ANOVA, utilizou-se como variável independente a transformação logarítmica do tempo total dos cuidados, pelos motivos já apresentados anteriormente, tendo-se obtidos os resultados apresentados na Tabelas 3.25, 3.26 e 3.27.

A análise da Tabela 3.25 permite verificar que o valor de prova (Sig.) é inferior a 0,05, o que indica que existem diferenças entre duas os mais médias do tempo de prestação dos cuidados. O valor do eta parcial estimado pelo Statistical Package for Social Sciences (SPSS) é de 0,285, o que significa que a variância do tempo de prestação dos cuidados explicada por esta ANOVA é de 28,5%. Assim, conclui-se que, pela ANOVA, os grupos PA1, PB1, PC1 e PE1 do RUG-III, conseguem explicar 28,5% da variabilidade observada no tempo de prestação de cuidados nos sujeitos que se encontram nestes grupos.

Tabela 3.25 ANOVA para o logaritmo do tempo total de cuidados em minutos/mês

Fonte variação	Soma de quadrados	Graus liberdade	Erro quadrático médio	F	Valor de prova Sig.
Entre grupos	1,629	3	0,543	14,216	0,000
Dentro dos grupos	4,087	107	0,038		
Total	5,716	110			

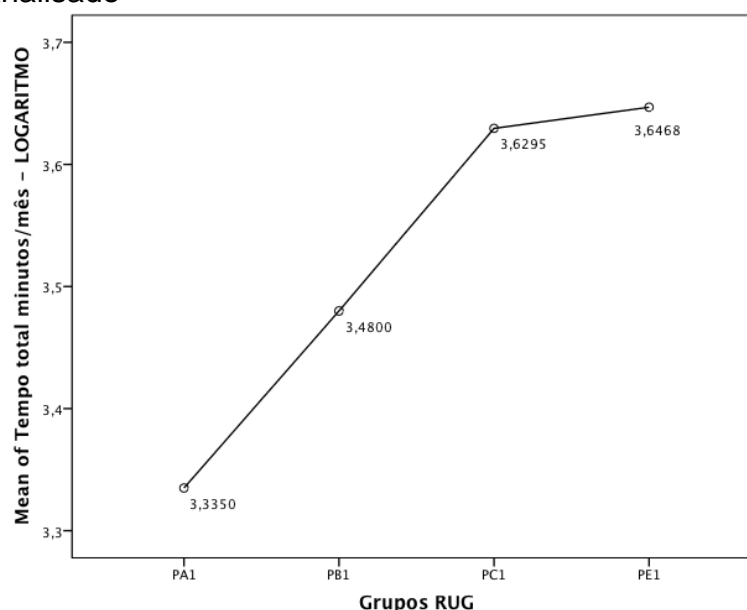
Como se pode ver pela análise da Tabela 3.26 e do gráfico da Figura 10, o tempo médio de prestação de cuidados é menor para o grupo PA1 e maior para o grupo PE1, como seria de esperar, já que como se referiu anteriormente, à medida que se sobe na Tabela de classificação do RUG-III

espera-se obter um aumento do tempo dedicado ao idoso pelos vários grupos de profissionais. Os resultados são por isso concordantes com o que defende a metodologia do RUG-III, apesar da limitação resultante das reduzidas dimensões de alguns dos grupos analisados com esta ANOVA.

Tabela 3.26 Estatísticas descritivas para o tempo total de cuidados por grupo do RUG analisado

Grupos RUG	n	Média do logaritmo	Média do tempo em minutos/mês	Desvio padrão do logaritmo
PA1	75	3,33	2138	0,183
PB1	14	3,48	3020	0,247
PC1	12	3,63	4266	0,248
PE1	10	3,65	4467	0,125

Figura 10 Perfil de médias para o logaritmo do tempo total de cuidados por grupo do RUG analisado



Para determinar a variação do tempo explicada pelos grupos do RUG-III, efetuou-se também uma análise utilizando um modelo de regressão linear múltipla com variáveis mudas. Assim, utilizou-se um modelo do tipo:

$$y_i = b_0 + b_1 \times x_{i1} + b_2 \times x_{i2} + b_3 \times x_{i3}$$

em que:

- y é o tempo;
- b_0 é a ordenada na origem e b_1 , b_2 e b_3 são os coeficientes de regressão;
- x_{i1} é igual a 1 se o sujeito pertencer ao grupo PB1 e zero se não pertencer;
- x_{i2} é igual a 1 se o sujeito pertencer ao grupo PC1 e zero se não pertencer;
- x_{i3} é igual a 1 se o sujeito pertencer ao grupo PE1 e zero se não pertencer;
- caso as três variáveis anteriores sejam nulas o sujeito pertence ao grupo PA1.

Apresentam-se nas Tabelas 3.27, 3.28 e 3.29, os resultados obtidos com este modelo aplicado aos dados recolhidos neste trabalho.

Tabela 3.27 Indicadores gerais de desempenho do modelo de regressão

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Erro padrão global
1	0,550 ^a	0,302	0,283	1488,4

a. Predictors: (Constant), RUG-PB1, RUG-PC1, RUG-PE1

b. Dependent Variable: TTM

A análise da Tabela 3.27, permite verificar que o coeficiente de correlação global (R) é de 0,55, que corresponde a uma correlação linear moderada entre o tempo de prestação de cuidados e os grupos do RUG-III em análise, representando portanto um valor muito aceitável para se validar o modelo. O coeficiente de determinação (R^2) é de 0,302, o que indica que o modelo de regressão linear **consegue explicar 30,2% da variância** do tempo utilizado. Conclui-se assim que o sistema de classificação dos sujeitos nos quatro grupos do RUG-III em análise (PA1, PB1, PC1 e PE1) consegue explicar 30,2% da variabilidade observada no tempo total dos cuidados prestados a estes idosos. O valor do coeficiente de determinação ajustado (R^2 ajustado) é ligeiramente menor e deve ser utilizado sempre que se fizerem

comparações com outros modelos de regressão que utilizem um número de grupos do RUG-III diferentes de quatro.

Tabela 3.28 ANOVA para teste da significância global dos coeficientes de regressão

Fonte variação	Soma de quadrados	Graus liberdade	Erro quadrático médio	F	Valor de prova Sig.
Regressão	102734355	3	34244785	15	0,000
Residual	237056167	107	2215478	,4	
Total	339790522	110		57	

Na tabela 3.28, resumem-se os resultados da ANOVA para verificar se algum ou alguns dos coeficientes de regressão não são nulos, testando assim a significância dos mesmos. Como o valor de prova é inferior a 0,05 conclui-se que um ou mais coeficientes de regressão são significantes, o que mostra que estes devem ser incluídos no modelo de regressão. A informação desta tabela, não permite identificar especificamente quais os coeficientes de regressão que não são nulos, apenas possibilita verificar se existe a possibilidade global destes serem significantes. Para ultrapassar esta limitação, têm de se analisar os resultados obtidos para os coeficientes de regressão apresentados na Tabela 3.28, que mostram que todos os coeficientes são significantes, uma vez que todos os valores de prova são inferiores a 0,05.

Tabela 3.29 Coeficientes de regressão e testes da respectiva significância

Variáveis do modelo de regressão	Coeficientes de regressão não estandardizados		Coeficientes estandardizados	t	Sig.
	b_i	Erro padrão	β_i		
Ordenada na origem	2366	171,9		13,765	0,000
RUG – PB1	1166	433,3	0,221	2,690	0,008
RUG – PC1	2516	462,8	0,447	5,437	0,000
RUG – PE1	2250	501,1	0,368	4,491	0,000

Com base na Tabela 3.28 e considerando todos os coeficientes de regressão significantes o modelo de regressão linear desenvolvido para este caso é:

$$y_i = 2366 + 1166 x_{i1} + 2516 x_{i2} + 2250 x_{i3}$$

Como os coeficientes de regressão são positivos isso significa que quando se considera o respetivo grupo do RUG-III o tempo de prestação dos cuidados aumenta em relação ao grupo PA1. Se considerarmos um idoso deste último grupo, no modelo anterior todas as variáveis independentes são nulas, o que significa que o valor médio previsto pelo modelo para o tempo total dos cuidados é de 2366 minutos/mês (valor próximo do obtido na Tabela 3.26). Considerando agora um utente do grupo PB1, a variável x_{i1} no modelo anterior é igual a 1 e as restantes são nulas; substituindo estes valores na equação obtém-se um tempo médio de prestação de cuidados para este grupo de 3532 minutos/mês. Procedendo da mesma forma para os outros dois grupos, estimam-se tempos médios de prestação dos cuidados de 4882 e 4616 minutos/mês, para os grupos PC1 e PE1, respetivamente. Verifica-se assim que existe uma tendência de aumento do tempo da prestação dos cuidados quando se passa do grupo PA1 para o grupo PE1, como seria de esperar. Este aumento não é consistente para todos os grupos, já que do grupo PC1 para o PE1 obteve-se uma pequena diminuição no tempo médio, ao contrário do que seria expectável. Este resultado estará associado ao reduzido número de casos em cada grupo e ao facto da distribuição do tempo ser muito assimétrica à direita e, portanto, possíveis valores extremos (*outliers*) distorcem os resultados. Uma forma de ultrapassar esta limitação é obter um modelo de regressão linear com uma transformação logarítmica do tempo. Assim, apresentam-se nas Tabelas seguintes (3.30, 3.31 e 3.32) os resultados obtidos com este modelo, que são praticamente idênticos aos apresentados para a ANOVA (ver Tabelas 3.25 e 3.26 acima).

Tabela 3.30 Indicadores gerais de desempenho do modelo de regressão com transformação logarítmica do tempo

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Erro padrão global
1	0,534 ^a	0,285	0,265	0,195

a. Predictors: (Constant), RUG-PB1, RUG-PC1, RUG-PE1

b. Dependent Variable: - LOGARITMO do TTM

Tabela 3.31 ANOVA para teste da significância global dos coeficientes de regressão com transformação logarítmica do tempo

Fonte variação	Soma de quadrados	Graus de liberdade	Erro quadrático médio	F	Valor de prova Sig.
Regression	1,629	3	0,543	14,216	0,000
Residual	4,087	107	0,038		
Total	5,716	110			

Tabela 3.32 Coeficientes de regressão e testes da respectiva significância, com transformação logarítmica do tempo

Variáveis do modelo de regressão	Coeficientes de regressão não estandizados		Coeficientes estandizados	t	Sig.
	b_i	Erro padrão	β_i		
Ordenada na origem	3,335	0,023		147,783	0,000
RUG – PB1	0,145	0,057	0,212	2,549	0,012
RUG – PC1	0,295	0,061	0,403	4,848	0,000
RUG – PE1	0,312	0,066	0,394	4,740	0,000

Os resultados indicam que este modelo explica 28,5% da variância do tempo ($R^2 = 0,285$) e que todos os coeficientes de regressão são significantes. Com base nos resultados da Tabela 3.32 o modelo de regressão é:

$$\log y_i = 3,335 + 0,145 x_{i1} + 0,295 x_{i2} + 0,312 x_{i3}$$

Com este modelo os tempos médios dos cuidados estimados para os grupos do RUG-III analisados são:

- Grupo PA1 = 2163 minutos/mês
- Grupo PB1 = 3020 minutos/mês
- Grupo PC1 = 4266 minutos/mês
- Grupo PE1 = 4436 minutos/mês

Como se pode verificar estes tempos aumentam de acordo com o proposto pela metodologia RUG-III, permitindo este modelo com a transformação logarítmica ultrapassar a limitação da assimetria à direita do tempo total de prestação dos cuidados e estimar tempos médios para cada grupo mais fiáveis.

3.2. Parte II

Na tentativa de encontrar um sistema de classificação que explique melhor a variabilidade na utilização de recursos, foram seguidos os mesmos passos utilizados para a construção do sistema RUG. Assim pretende-se criar um sistema a partir da amostra deste estudo, com base numa análise estatística utilizando árvores de decisão. Como se verificou na parte anterior deste trabalho, a metodologia RUG permitiu classificar os idosos analisados, em vários grupos. No entanto, este método de classificação é bastante complexo, e a aplicação do instrumento de obtenção dos dados (RAI-MDS) é muito morosa. Por outro lado, na realidade estudada, a grande maioria dos casos parece situar-se em dois grandes grupos, os que apresentam condição física reduzida e os clinicamente complexos. Por estes motivos, se for possível encontrar um modelo de classificação mais simples, que utilize menos variáveis do RAI-MDS e que apresente maior capacidade de explicação da variância do tempo de prestação dos cuidados, tornará mais fácil classificar estes idosos no que diz respeito à necessidade de alocação de recursos.

3.2.1 Seleção das variáveis do RAI-MDS

Para construir a árvore de decisão, iniciou-se o processo com uma análise para determinar o grau de correlação entre todas as variáveis do RAI-MDS e o tempo total utilizado, com o objetivo de escolher as variáveis mais apropriadas a incluir na construção da árvore. Para isso, utilizaram-se coeficientes de correlação ajustados em função do nível de medida de cada um dos indicadores, uma vez que existem variáveis de natureza quantitativa, dicotómicas, nominais e ordinais. Na Tabela 3.32 apresentam-se os valores dos coeficientes de correlação obtidos e respetivos níveis de significância, para as várias variáveis do RAI-MDS, indicando-se também quais os coeficientes de correlação que foram utilizados. Nesta Tabela resumem-se apenas os coeficientes com maior nível de significância, verificando-se que a quase

totalidade das variáveis do MDS respeitantes às atividades diárias são significantes a 1%. Apenas o suporte relativamente ao caminhar no quarto, caminhar no corredor e locomoção na instituição, são significantes a 5%. Para as restantes dimensões do RAI-MDS existem alguns indicadores significantes a 1%, mas a grande maioria é não significativa. Na Tabela 3.33 assinalam-se a negrito todas as correlações mais fortes e que têm valor absoluto superior a 0,4.

As correlações mais fortes surgem para o autodesempenho no banho, continência intestinal, suporte e autodesempenho na higiene pessoal e uso da casa de banho e autodesempenho no vestir-se, todas com correlações acima 0,500. Como estas correlações são positivas, isso significa que quando aumenta o grau de dependência do idoso o tempo para prestação dos cuidados também tende a aumentar.

De notar que, a correlação entre o rendimento mensal do idoso e o tempo, bem como a correlação da mensalidade paga pelo idoso na instituição com tempo, não são significantes (os valores dos coeficientes de correlação linear de Pearson são inferiores a 0,100). Deste modo, os resultados indicam que aquilo que o idoso paga à instituição não está relacionado com tempo de prestação dos cuidados.

Tabela 3.33 Coeficientes de correlação significantes a 1% para as variáveis do RAI-MDS com o tempo total de prestação dos cuidados

Secção do RUG	Indicador	Tempo Total		
		Coeficiente correlação	Sig. (2-tailed)	n
Audição, fala e visão	Audição	0,262	0,001	155
	Clareza do discurso	0,423	0,000	155
	Capacidade para fazer-se compreender	0,395	0,000	155
Padrões cognitivos	Capacidade para compreender os outros	0,359	0,000	155
	Entrevista Breve do Estado Mental (1)	-0,408	0,000	155
	Desatenção	0,240	0,003	155
	Pensamento desorganizado	0,246	0,002	155
	Nível alterado de consciência	0,373	0,000	155
Humor	Lentificação psicomotora	0,291	0,000	155
	Entrevista do Estado de Humor (1)	-0,473	0,000	155
Comportamento	O utente tem deambulado (1)	-0,413	0,000	155
Preferências e atividades diárias	Entrevista sobre as preferências diárias e de atividade (1)	-0,473	0,000	155
	Importância escolha da própria hora de dormir	0,271	0,004	114
Estado funcional	Auto-desempenho: Mobilidade na cama	0,369	0,000	158
	Suporte: Mobilidade na cama	0,371	0,000	158
	Auto-desempenho: Transferências	0,438	0,000	158
	Suporte: Transferências	0,456	0,000	156
	Auto-desempenho: Caminhar no quarto	0,377	0,000	158
	Suporte: Caminhar no quarto	0,198	0,027	125
	Auto-desempenho: Caminhar no corredor	0,381	0,000	158
	Suporte: Caminhar no corredor	0,214	0,018	121
	Auto-desempenho: Locomoção na instituição	0,398	0,000	157
	Suporte: Locomoção na instituição	0,231	0,011	121
	Auto-desempenho: Locomoção fora da instituição	0,386	0,000	157
	Suporte: Locomoção fora da instituição	0,456	0,000	84
	Auto-desempenho: Vestir-se	0,511	0,000	158
	Suporte: Vestir-se	0,486	0,000	157
	Auto-desempenho: Alimentar-se	0,415	0,000	158
	Suporte: Alimentar-se	0,420	0,000	158
	Auto-desempenho: Uso da casa-de-banho	0,515	0,000	158
	Suporte: Uso da casa-de-banho	0,503	0,000	158
	Auto-desempenho: Higiene pessoal	0,506	0,000	157
	Suporte: Higiene pessoal	0,531	0,000	158
	Auto-desempenho: Banho	0,564	0,000	158
	Suporte: Banho	0,482	0,000	158
	Mudar-se de posição sentada para a posição ereta (1)	0,235	0,003	158
	Marcha (1)	0,298	0,000	158
	Girar em seu redor (1)	0,320	0,000	158
	Entrar e sair do WC (1)	0,289	0,000	158
	Transferência de superfície para superfície (1)	0,290	0,000	158
	Limitações amplitude movimento extremidades inferiores (1)	0,321	0,000	158
	Bengala / Muleta (1)	-0,242	0,002	158
	Índice AVD (2)	0,439	0,000	156
Bexiga e intestino	Fralda, coletor urinário externo (1)	0,315	0,000	158
	Continência urinária (1)	0,491	0,000	158
	Continência intestinal	0,532	0,000	158
Doenças ativas	Trombose venosa profunda/Embolia pulmonar/Trombolismo pulmonar (1)	0,223	0,005	158
	Distúrbios da tireoide (1)	0,216	0,007	158
	Demência (1)	0,222	0,005	158
Condições de saúde	Entrevista da avaliação da dor (1)	-0,396	0,000	158
Estado deglutição/nutricional	Dieta manipulada (1)	0,307	0,000	158
	Sem nenhuma abordagem nutricional (1)	0,282	0,000	158
	Gengivas inflamadas/sangrantes ou dentes naturais partidos (1)	-0,269	0,000	158
Condições da pele	Risco de úlcera de pressão (1)	0,350	0,000	158
	Outra lesão aberta no pé (1)	0,223	0,000	158
Restrições	Restrições físicas na cama: grades na cama (1)	0,294	0,000	158
	Restrições físicas na cadeira: restrição do tronco (1)	0,264	0,001	158

(1) Coeficiente correlação biseral; (2) Coeficiente correlação de Pearson; Restantes casos - Coeficiente correlação Spearman

3.2.2 Sistema de classificação

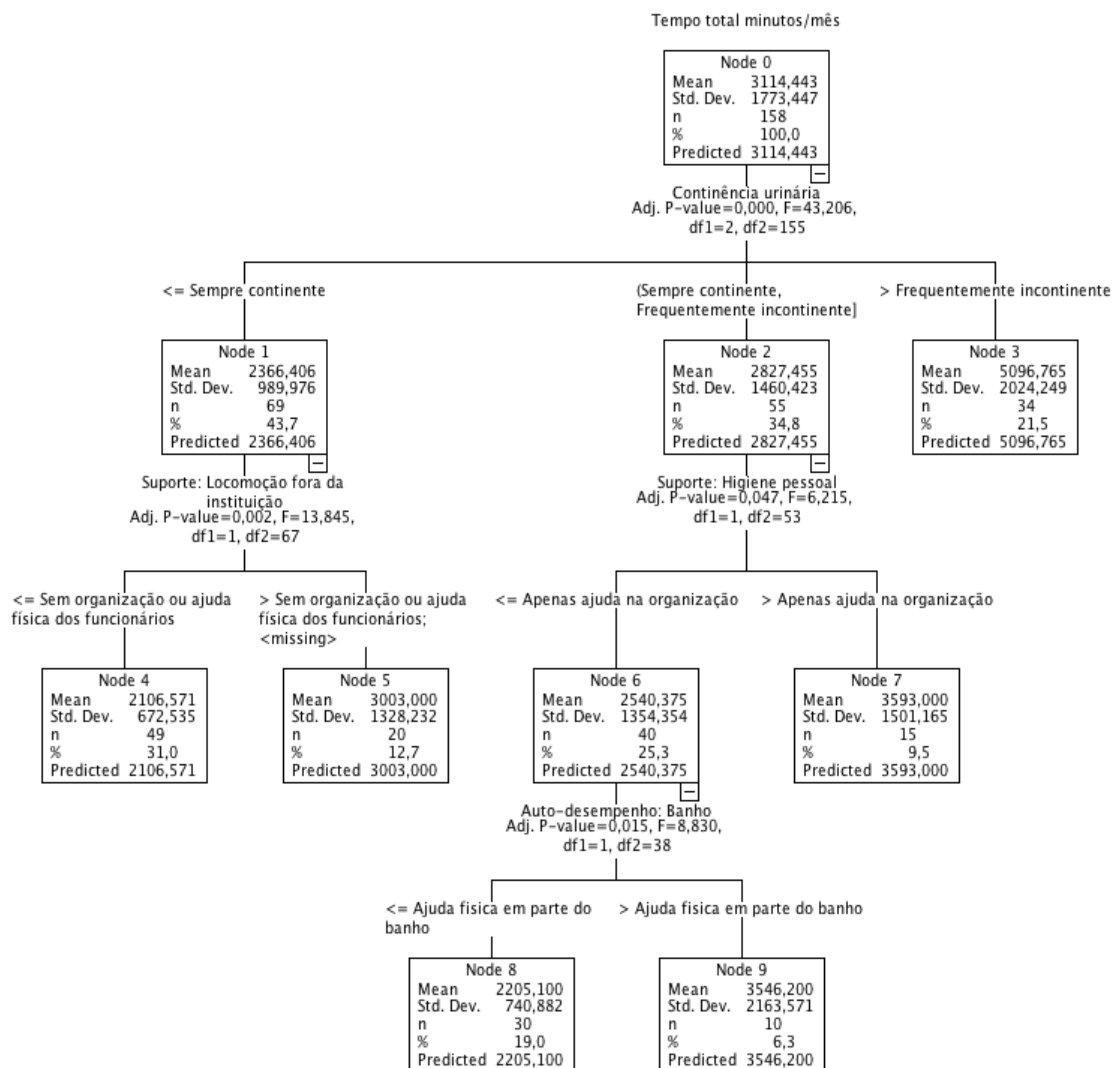
Para a construção do sistema de classificação foram selecionadas, da Tabela anterior, apenas as variáveis do RAI-MDS que apresentam uma correlação com o tempo de prestação dos cuidados com um valor de prova (Sig.) inferior a 0,1%. Com base nestas variáveis foi criada uma árvore de decisão, tendo como critério de divisão os grupos terminais não terem menos de 10 indivíduos e usando o algoritmo CHAID.

Obteve-se a árvore que se apresenta na Figura 11, que é constituída por nove nós, dos quais seis são terminais. Estes nós terminais indicam o número de grupos criados pelo sistema de classificação, o que significa que os idosos analisados neste trabalho foram distribuídos em seis conjuntos, que apresentam diferentes tempos médios de prestação dos cuidados. Esta divisão foi efetuada utilizando apenas a informação de quatro indicadores do RAI-MDS, nomeadamente:

- o grau de continência urinária;
- o tipo de suporte que o idoso necessita para locomoção fora da instituição;
- o apoio que necessita para efetuar a sua higiene pessoal;
- a capacidade do idoso para tomar banho (autodesempenho).

Os seis grupos, criados a partir destas variáveis, dividem os idosos consoante as várias categorias de cada um destes quatro indicadores, permitindo deduzir um conjunto de regras capazes de classificar num desses grupos um sujeito para o qual não se saiba o tempo de prestação de cuidados, mas para o qual se conheça a informação respeitante a estas quatro variáveis do RAI-MDS. Obtém-se, assim, um sistema mais simples que o do RUG-III.

Figura 11 Árvore de decisão para o tempo de prestação dos cuidados, com base nos indicadores do RAI-MDS



Na árvore da Figura 11 os nós terminais, que representam os segmentos criados pelo sistema, são referenciados com os números 3, 4, 5, 7, 8 e 9. O nó 4 é o que apresenta menor tempo, com uma média de 2106 minutos/mês, enquanto o nó 3 é o que engloba os idosos com maior tempo de prestação dos cuidados (média de 5097 minutos/mês). Esta informação, relativa a cada nó é resumida na Tabela seguinte. A árvore começa com o nó zero, para o qual o tempo médio, dos 158 sujeitos analisados, é de 3114 minutos/mês e o desvio padrão de 1773 minutos/mês. Note-se que estes são os valores apresentados anteriormente quando se caracterizou o tempo (ver Figura 8 na secção 3.1.2 deste trabalho). A primeira divisão é efetuada com o

grau de continência urinária, que separa os idosos em três grupos (nós 1, 2 e 3). Estes segmentos são:

- os continentes (69 idosos);
- os que estão ocasionalmente ou frequentemente continentes (55 idosos);
- os incontinentes (34 idosos).

O nó 1 é subdividido em dois nós, usando a variável suporte na locomoção fora da instituição. O nó 2 é também dividido em dois tendo por base o suporte dado ao idoso na higiene pessoal, sendo que um destes nós (número 6) é novamente desdobrado em dois por ação do autodesempenho no banho.

Tabela 3.34 Características dos nós da árvore de decisão obtida neste trabalho

Nó	Tempo médio	Desvio padrão do tempo	Nº idosos em cada nodo	Nó parente	Variável	Categorias divisão
0	3114	1773	158			
1	2366	990	69	0	Continência urinária	<= Sempre continente
2	2827	1460	55	0	Continência urinária	(Sempre continente, Frequentemente incontinente]
3	5097	2024	34	0	Continência urinária	> Frequentemente incontinente
4	2107	673	49	1	Suporte: Locomoção fora da instituição	<= Sem organização ou ajuda física dos funcionários
5	3003	1328	20	1	Suporte: Locomoção fora da instituição	> Sem organização ou ajuda física dos funcionários, <missing>
6	2540	1354	40	2	Suporte: Higiene pessoal	<= Apenas ajuda na organização
7	3593	1501	15	2	Suporte: Higiene pessoal	> Apenas ajuda na organização
8	2205	741	30	6	Auto-desempenho: Banho	<= Ajuda física em parte do banho
9	3546	2164	10	6	Auto-desempenho: Banho	> Ajuda física em parte do banho
Growing Method: CHAID						
Dependent Variable: Tempo total minutos/mês						

Realça-se que para os nós terminais, os tempos médios dos grupos 4 e 8 são semelhantes diferindo apenas 100 minutos/mês, o mesmo acontecendo com os nós 7 e 9, cuja a diferença é ainda mais pequena e da ordem dos 50 minutos/mês.

Como se pode ver pela análise da Tabela anterior, a cada nó estão associadas determinadas categorias das variáveis independentes, o que

permite deduzir um conjunto de regras de classificação para cada idoso que se apresentam de seguida. Assim, utilizou-se a letra A para identificar o grupo com menor tempo médio (neste caso o nó 4), a letra B para o grupo com tempo o médio seguinte e assim sucessivamente. Apresentam-se na Tabela 3.35 as regras de classificação a utilizar para classificar os idosos num destes grupos designados por A, B, C, D, E e F. notar destaca-se que a média do tempo, variável dependente, aumenta nesta sequência, o que significa que um idoso classificado no grupo B tem tendência para ter um tempo de prestação dos cuidados menor que um que seja colocado no grupo D.

Um idoso que se apresente sempre incontinente deve ser classificado no grupo F, sendo expectável que apresente tempos de prestação dos cuidados mais altos em relação aos que fazem parte dos outros cinco segmentos. Os que devem ser classificados no grupo A, são os que estão sempre continentais e que para se moverem para fora da instituição não necessitem da organização ou ajuda dos funcionários.

Para pertencer ao grupo B um utente deve:

- ser ocasionalmente ou frequentemente incontinente;
- não deve precisar de ajuda ou apenas precisa de ajuda na organização dos seus cuidados de higiene pessoal;
- no banho é independente, só necessita de supervisão, de ajuda física nas transferências ou de ajuda física parcial;

Para os restantes grupos pode-se seguir um raciocínio de classificação semelhante ao anterior, utilizando a informação da Tabela seguinte (3.35) relativa às categorias de cada variável que qualificam o idoso para pertencer a um determinado grupo.

Tabela 3.35 Critérios de classificação dos idosos nos grupos criados pela árvore de decisão

Grupo	Nó	Continência urinária	Suporte locomoção fora instituição	Suporte Higiene pessoal	Autodesempenho banho
A	4	Sempre continente	Sem organização ou ajuda física dos funcionários	Sem organização ou ajuda física dos funcionários	
		Ocasionalmente incontinente Frequentemente incontinente			
B	8			Apenas ajuda na organização	Independente Supervisão Ajuda física para transferências Ajuda física em parte do banho
C	5	Sempre continente	Apenas ajuda na organização Uma pessoa proporciona ajuda física Duas ou mais pessoas proporcionam ajuda física		
D	9	Ocasionalmente incontinente Frequentemente incontinente		Sem organização ou ajuda física dos funcionários Apenas ajuda na organização	Dependência total
E	7	Ocasionalmente incontinente Frequentemente incontinente		Uma pessoa proporciona ajuda física Duas ou mais pessoas proporcionam ajuda física	
F	3	Sempre incontinente			

Na Tabela 3.36 resumem-se as estatísticas individuais para cada nó terminal, bem como os respetivos valores acumulados. Neste último caso, a média apresentada é calculada utilizando os valores do tempo correspondentes a todos os idosos até ao nó que se considere. Por exemplo, para o nó 9 o número acumulado de sujeitos é 59 (soma dos sujeitos dos nós 3, 7 e 9); os tempos destes 59 idosos originam uma média de 4452 minutos/mês.

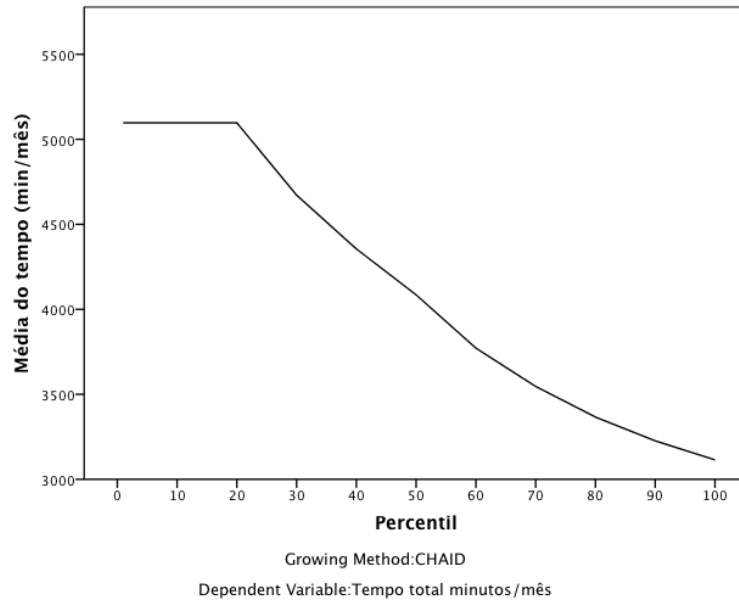
Tabela 3.36 Indicadores individuais e acumulados dos nós terminais da árvore de decisão e estimativa do risco

Nó	Valores cada nó			Valores acumulados até ao nó		
	n	(%)	Tempo médio do nó	n	(%)	Tempo médio do grupo
3	34	21,5%	5097	34	21,5%	5097
7	15	9,5%	3593	49	31,0%	4636
9	10	6,3%	3546	59	37,3%	4452
5	20	12,7%	3003	79	50,0%	4085
8	30	19,0%	2205	109	69,0%	3568
4	49	31,0%	2107	158	100,0%	3114

Estimativa do risco da árvore: 1 772 451

Estes valores das médias acumuladas, representadas em função das percentagens acumuladas, permitem construir o gráfico da Figura 12. A análise deste gráfico permite verificar que o modelo de classificação obtido é bom. Nestes gráficos, um bom modelo começa com uma linha horizontal, que decai lentamente para valores de médias bastante menores que as iniciais, à medida que o percentil vai aumentando. Num mau modelo este gráfico apresenta uma linha quase horizontal, com as médias a variarem muito pouco à medida que aumenta o percentil.

Figura 12 Gráfico das médias acumuladas obtidas com a árvore de decisão



Na Tabela anterior, além dos ganhos, apresenta-se também a estimativa do risco do modelo de classificação, que indica qual a variância do tempo que não é explicada pela árvore de decisão. Neste caso o valor obtido é de 1.772.451, podendo a partir deste calcular-se a percentagem da variância total explicada pelo modelo. Como se viu o desvio padrão do tempo para todos os idosos é de 1773 (ver estatísticas do nó zero). Elevando este valor ao quadrado obtém-se a variância total do tempo, que neste caso é de 3.145.114. Dividindo o valor do risco pela variância total ($1.772.451 / 3.145.114$) chega-se a um valor de 56,4%, que representa a variância do tempo não explicada pelo árvore de decisão. Assim, a variância explicada por este modelo é de 43,6%, o que significa que os seis grupos criados apresentam, por isso, um poder explicativo aceitável do tempo de prestação dos cuidados.

Para validar este valor encontrado para a variância explicada pela árvore de decisão, efetuou-se também uma regressão linear múltipla com cinco variáveis mudas. Utilizou-se, tal como na regressão linear utilizada no sistema de classificação RUG-III, a variável dependente (tempo total dos cuidados) com uma transformação logarítmica, por esta ser assimétrica à direita.

Apresentam-se nas Tabelas 3.37, 3.38 e 3.39 os resultados obtidos. O coeficiente de determinação (R^2) é de 0,440, o que indica que o modelo de regressão linear **consegue explicar 44,0% da variância** do tempo utilizado. Conclui-se assim que o sistema de classificação dos sujeitos nos seis grupos,

derivados da árvore de decisão, consegue explicar 44% da variabilidade observada no tempo total dos cuidados prestados a estes idosos. De notar, como seria de esperar, que este valor é semelhante ao obtido através da estimativa do risco do modelo.

Verifica-se, ainda, que todos os coeficientes de regressão do modelo são significantes, pelo que da informação da Tabela 3.38 conclui-se que o modelo de regressão linear desenvolvido para este caso é:

$$\log y_i = 3,671 - 0,372 x_{i1} - 0,348 x_{i2} - 0,227 x_{i3} - 0,189 x_{i4} - 0,148 x_{i5}$$

Como os coeficientes de regressão são negativos, isso significa que o tempo de prestação dos cuidados diminui, para todos os grupos, em relação ao grupo F.

Tabela 3.37 Indicadores gerais de desempenho do modelo de regressão com transformação logarítmica do tempo para os grupos obtidos pela árvore

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Erro padrão global
1	0,663 ^a	0,440	0,422	0,16682

a. Predictors: Grupo A, Grupo B, Grupo C, Grupo D, Grupo E

b. Dependent Variable: - LOGARITMO do TTM

Tabela 3.38 ANOVA global dos coeficientes de regressão com transformação logarítmica do tempo para os grupos obtidos pela árvore

Fonte variação	Soma de quadrados	Graus de liberdade	Erro quadrático médio	F	Valor de prova Sig.
Regressão	3,325	5	0,665	23,897	0,000 ^b
Residual	4,230	152	0,028		
Total	7,555	157			

Tabela 3.39 Coeficientes de regressão e testes da respetiva significância, com transformação logarítmica do tempo para os grupos obtidos pela árvore

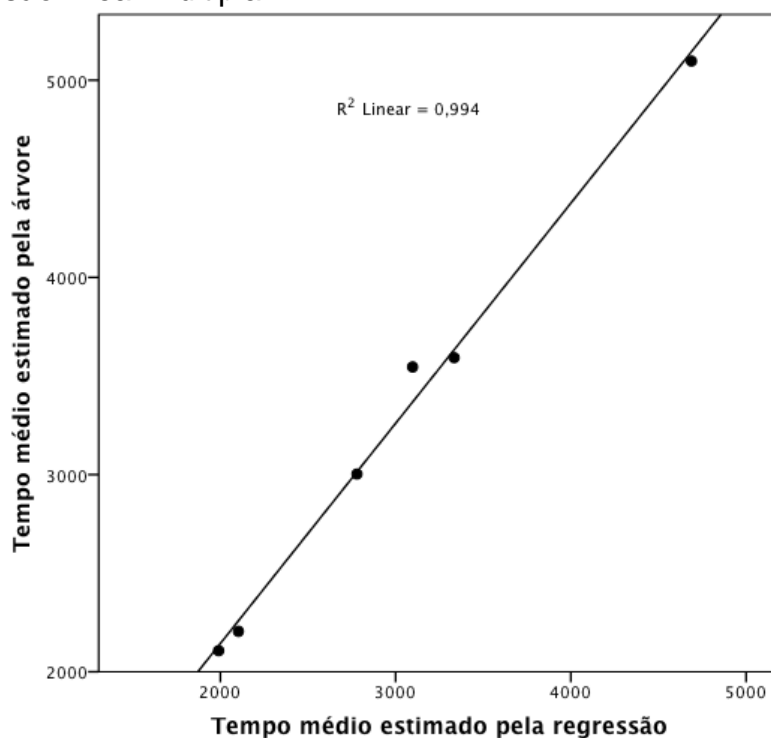
Variáveis do modelo de regressão	Coeficientes de regressão não estandizados		Coeficientes estandizados	t	Sig.
	b_i	Erro padrão	β_i		
Ordenada na origem	3,671	0,029		128,314	0,000
Grupo A	-0,372	0,037	-0,787	-9,995	0,000
Grupo B	-0,348	0,042	-0,623	-8,317	0,000
Grupo C	-0,227	0,047	-0,345	-4,825	0,000
Grupo D	-0,180	0,060	-0,201	-3,006	0,003
Grupo E	-0,148	0,052	-0,198	-2,857	0,005

Com este modelo, os tempos médios estimados para os seis grupos derivados da árvore são:

- Grupo A = 1990 minutos/mês;
- Grupo B = 2103 minutos/mês;
- Grupo C = 2779 minutos/mês;
- Grupo D = 3097 minutos/mês;
- Grupo E = 3334 minutos/mês;
- Grupo F = 4688 minutos/mês.

Estes tempos médios são ligeiramente menores que os obtidos pela árvore de decisão (resultantes da redução do efeito da assimetria à esquerda devido à transformação logarítmica do tempo), existindo uma correlação quase perfeita entre os dois conjuntos de médias, como se pode verificar pela análise do gráfico da Figura 13. Estes resultados, demonstram uma boa capacidade do sistema de classificação desenvolvido, para explicar a variância observada no tempo de prestação dos cuidados aos idosos analisados neste trabalho.

Figura 13 Diagrama de dispersão para os tempos médios obtidos pela árvore e pela regressão linear múltipla



Para verificar qual a distribuição dos idosos pelo modelo de classificação que se acabou de apresentar e pelo RUG-III, cruzaram-se os dados dos dois modelos tendo-se obtido os resultados apresentados na Tabela 3.40. Os dados não são conclusivos devido à reduzida dimensão de muitos dos grupos, no entanto os grupos A, B e C, que são aqueles com menor tempo para prestação dos cuidados, contêm uma fração significativa dos idosos pertencentes ao grupo PA1 do RUG-III, o que indica que o modelo desenvolvido consegue refinar a classificação destes utentes.

Tabela 3.40 Distribuição dos idosos classificados pela árvore de decisão versus a classificação pelo RUG-III

RUG-III		Grupos Árvore Decisão						Total
Dimensão	Grupo	A	B	C	D	E	F	
Condição física reduzida	PA1	46	17	11	1			75
	PB1		5	2		4	3	14
	PC1				3	2	7	12
	PD1				1	1	4	6
	PE1			1	2		7	10
Problemas comportamento	BA1	1	1	1				3
	BB1		1			1	4	6
Declínio cognitivo	IA1	1	3					4
	IB1					1	1	2
Clinicamente complexo	CA1	1						1
	CA2		1	5				6
	CB1		2		1			3
	CB2				2			2
	CC1					3	3	6
	CC2					1		1
	CD1					1	2	3
	CD2					1		1
Serviços extensivos	SE1						1	1
Total		49	30	20	10	15	32	156

Após a explanação e análise dos dados recolhidos nesta amostra de instituições de cuidados de longa duração portuguesas, especificamente estruturas residenciais para pessoas idosas, torna-se oportuno a reflexão sobre os dados apresentados e analisados no sentido de os comparar com a informação já descrita na literatura.

No capítulo seguinte são apresentadas as considerações finais deste trabalho, remetendo os dados apresentada e analisados para a discussão, terminando com a enumeração das conclusões gerais.

4. Discussão

Neste capítulo é apresentada a discussão dos resultados, expostos e analisados no capítulo anterior. Abordam-se os objetivos propostos para este trabalho e o seu cumprimento.

Torna-se oportuno iniciar a discussão com o relato da experiência da utilização do instrumento de recolha de dados RAI-MDS em instituições portuguesas. Se por um lado o tamanho deste instrumento (485 variáveis) e a morosidade na sua aplicação (45 a 90 minutos por utente) poderiam torná-lo menos atrativo, verificou-se que suscitou interesse e curiosidade nos profissionais das equipas técnicas das instituições. Este interesse surgiu por verificarem que o RAI-MDS é um instrumento muito mais completo que os normalmente utilizados, incluindo variáveis poucas vezes avaliadas e tidas como foco de atenção. De salientar que os instrumentos de avaliação de utentes neste tipo de instituições não se encontra uniformizado, e foi possível verificar durante a consulta dos processos, aquando da recolha de dados, que cada instituição seleciona o/os instrumento/os que considera oportunos. O mesmo se aplica ao processos individuais dos utentes, que apesar de conterem na globalidade os mesmos elementos, se encontram organizados de forma diferente de instituição para instituição. A utilização de medidas de avaliação diferentes resulta posteriormente na dificuldade de comparação entre as várias instituições. Esta comparação pode ser oportuna para compreender melhor as diferentes realidades que existem dentro destas instituições, e para encontrar e difundir boas práticas de organização e funcionamento (Gray et al., 2009).

A reflexão sobre os instrumentos de avaliação, que proporcionem indicadores da qualidade de cuidados, que sejam relevantes para o plano individual de cuidados, que permita definir objetivos institucionais, e que categorize os utentes em grupos segundo a utilização de recursos com vista ao financiamento e à gestão e organização do trabalho, levou ao desenvolvimento de diversas investigações nas últimas décadas, essencialmente a partir dos anos 80 (Hirdes et al., 1999). Estes trabalhos de investigação estão ligados às alterações demográficas que aconteceram desde essa época, e ao aparecimento crescente de instituições para responder aos desafios com que o

envelhecimento demográfico confronta a sociedade. Monitorizar os cuidados prestados, tornando possível calcular objetivamente os ganhos em saúde e qualidade de vida dos utentes levou a criação do RAI-MDS (Rantz, Petroski, et al., 2000).

A descrição da amostra, com base no RAI-MDS, corrobora os dados portugueses da carta social (GEP/MTSS, 2009) relativamente às características sociodemográficas das idosos institucionalizados, podendo considerar-se esta amostra representativa da realidade portuguesa, especialmente no que concerne às variáveis de género e idade. Como foi exposto no capítulo 1 no ponto 1.1, aquando da descrição do envelhecimento e institucionalização, os dados relativos a Portugal no ano de 2012 indicam que de entre os idosos institucionalizados, 70% tem mais de 80 anos, sendo o género predominante o feminino. Neste estudo, a amostra de idosos institucionalizados apresenta 63% utentes com mais de 80 anos, e 70% do género feminino. No entanto este instrumento de avaliação permitiu ir um pouco mais além na descrição do utentes que a encontrada na literatura nacional.

Não havendo relatórios ou estudos nacionais que permitam a comparação com todas as variáveis estudadas, será feita uma caracterização tipo do idoso institucionalizado em estrutura residencial para pessoas idosas, na tentativa de caracterizar estes utentes de forma a que se compreenda melhor a realidade em estudo. Serão referenciados os estudos desenvolvidos com este instrumento de avaliação, RAI-MDS 3.0, que apresentam dados de caracterização das amostras que possam ser comparados com a caracterização da amostra portuguesa.

Segundo os dados recolhidos neste estudo, o utente tipo em lar de idosos tem as seguintes características: género feminino, baixa escolaridade, viúva, com mais de 80 anos, a auferir menos de 400 € de rendimento mensal, a nível sensorial com comprometimento da audição e da visão, com dificuldade em identificar o ano em que se encontra, relativamente ao estado de humor sente cansaço ou falta de energia e apresenta perturbação do sono. Quando avaliado pelos funcionários, tipicamente refere pouco interesse ou prazer em fazer coisas, considera importante ou muito importante ter a família ou amigos

envolvidos no planeamento das rotinas e atividades, sendo a atividade mais importante a participação em cerimónias ou práticas religiosas.

É unânime na literatura o género feminino ser o mais predominante, estando este facto associado à maior esperança de vida do género feminino, diferença esta que tem vindo a diminuir nos últimos anos (ONU, 2009). Esta amostra tem 70,2% de indivíduos do género feminino, semelhante ao encontrado por Hawes et al. (1995), que obteve 74% de indivíduos do género feminino numa amostra de 384 residentes. Berg et al. (1997) apresenta resultados encontrados em 5 países no estudo de utentes de *nursing homes*, demonstrando que no que concerne ao género ter encontrado as seguintes percentagens de mulheres nestas instituições: Dinamarca 76%, Islândia 68%, Itália 84%, Japão 71% e Estados Unidos 71,5%.

Relativamente à dependências nas AVD's, os utentes desta amostra apresentam maior dependência nas atividades de vestir-se, usar a casa de banho e higiene pessoal, sendo independente na mobilização na cama e na alimentação. No entanto, no índice de dependência nas AVDs calculado para o RUG-III, verifica-se que a maior parte desta amostra apresenta o nível mais independente, sendo que 56% obtiveram a score 4 no índice de dependência nas AVD que varia de 4 a 18, independente e dependente respetivamente, apresentando $M=7,49$ e $DP\pm 4,88$. No trabalho publicado por Berg et al. (1997), aquando da descrição das características dos residentes em *nursing home* em 5 países através do RAI-MDS, nomeadamente Estados Unidos, Itália, Islândia, Dinamarca e Japão, pode verificar-se que os valores obtidos no score de dependência nas AVD é tendencialmente superior. Neste estudo de Berg et al. (1997) a variável score nas AVD foi dicotomizada, apresentando dois grupos, respetivamente, baixa independência nas AVD e elevada independência nas AVD. A percentagem da amostra que apresenta elevada independência das AVD é 51% na Dinamarca, 61% na Islândia, 45% na Itália, 57% no Japão e 43% nos Estados Unidos. Esta amostra apresenta 56% apenas no primeiro grupo, mais independente, totalizando 79% até ao ponto médio da escala. Isto indica que os idosos institucionalizados nestas instituições são bastante mais independentes que os referidos nos estudos internacionais que utilizam o mesmo instrumento, em *nursing homes*.

Se forem analisados os dados do ponto 3.1.3.1 da caracterização da amostra deste estudo no que toca às AVD, verifica-se que grande parte da população é independente. Além de existirem outras atividades que levem a que os funcionários dispensem mais tempo a apoiar os utentes, estas em concreto não representam uma grande sobrecarga para o *staff*. Esta amostragem populacional, que se considerou representativa da população portuguesa integrada em estruturas residenciais, sem grandes níveis de dependência neste item pode demonstrar que tal como noutros países (Schneider et al., 1988), poderão estar a ser marginalizados e deixados de fora do sistema de apoio os idosos com mais necessidades e maiores graus de dependência. Pode-se pensar se estará a existir uma intencionalidade por parte das instituições em não admitir os idosos mais dependentes por o financiamento estatal recebido não acompanhar a evolução da dependência do utente. Assim a aplicação de instrumentos como o RAI-RUG poderá pôr a descoberto possíveis fugas à inclusão de quem mais necessita (Hirdes et al., 1999).

No que se refere à continência urinária, Mais de metade da amostra utiliza fralda ou coletor urinário externo (51,8%). Marin, Hoyl, et al. (2004) refere no seu estudo sobre a aplicação de uma versão anterior do RUG no Chile que a incontinência urinária é um problema importante na população idosa institucionalizada, tendo encontrado também uma percentagem elevada de idosos com problemas de incontinência. Hill-Westmoreland and Gruber-Baldini (2005) salienta também este problema, tendo encontrado na amostra do eu estudo uma percentagem ainda maior de idosos com incontinência urinária, precisamente 69,5%.

Relativamente às doenças ativas, os diagnósticos mais predominantes são hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes mellitus, respetivamente 48,6%, 21,2% e 18%. Cerca de metade da amostra declara ter sentido dor ou sofrimento nos últimos dias, sendo que apenas 13,1% referiu tomar medicação para a dor, e 32,2% tomou medicação para a dor em SOS. Apenas 2% dos utentes referiu consumo de tabaco. Cerca de 40% da amostra conta ter tido uma queda desde a admissão na instituição, sendo que em 32% dos casos esta resultou em lesões major. No que se concerne às condições da pele, 20% dos utentes apresentava risco de desenvolver úlceras de pressão, dos quais

apenas 3,7% dos utentes apresentava úlceras de pressão, sendo maioritariamente úlceras de pressão de grau II.

Referente à medicação, apenas cerca de 4% dos utentes recebe injeções, respetivamente administração de medicação por via endovenosa, subcutânea ou intramuscular. Os grupos farmacológicos mais frequentemente administrados são ansiolíticos (57,6%) e diuréticos (33,5%). Relativamente à vacinação, 92,2% dos utentes recebeu a vacina da gripe no último ano.

Os cuidados especiais e tratamentos de reabilitação são muito escassos nesta amostra, sendo que apenas cerca de 14% recebeu pelo menos 30 minutos de terapia física por semana.

Apesar das estruturas residenciais para pessoas idosas se regerem por objetivos como proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas e contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo, conforme abordado no capítulo 1, a portaria que define as condições de organização e funcionamento para estas instituições exige um quadro de profissionais mínimo que não permite fornecer todos os cuidados necessários. Apesar das instituições desta amostra possuírem diversas categorias profissionais além das mínimas exigidas, como a presença de fisioterapeutas, psicólogos, educadores sociais e gerontólogos, verificou-se que 51,8% dos utentes utiliza fralda, e apenas 16,7% tem um programa de treino de continência urinária implementado. Constatou-se ainda que, aquando da caracterização das preferências dos utentes nas atividades diárias estes referiram ser importante e muito importante manter-se atualizado quanto às notícias (71,6%), mas por outro lado 32,4% referiu que ler livros, jornais e revistas era importante mas que não o podia fazer. Após analisar o índice de dependência nas AVD, representado na figura 9 do capítulo anterior, segundo os critérios definidos pela classificação RUG III, que pontua desde 4 (totalmente independente) a 18 (totalmente dependente) verificou-se que 44% da amostra tem algum tipo de dependência, mas apenas 14% recebeu pelo menos 30 minutos de terapia física por semana. Se por um lado 12,7% da equipa acredita que o utente pode ter mais independência, ou seja, existe potencial de reabilitação, apenas 5,3% dos utentes acredita que pode ser mais independência.

Todas estas questões remetem para a necessidade de repensar os indicadores de qualidade que são utilizados na prestação de cuidados de saúde e apoio social em instituições de cuidados de longa duração. Efetivamente a ausência de algumas intervenções, essencialmente não farmacológicas, que pela caracterização feita com o RAI-MDS parecem ser oportunas, podem estar relacionadas com o subfinanciamento destas instituições. Ikegami et al. (1994), aquando da experimentação do RUG-III no Japão, defendeu que a prestação de cuidados de qualidade só é possível quando suportada por uma metodologia adequada de financiamento. No entanto refere que é difícil este tipo de planeamento pela especificidade deste mercado, sendo sempre necessário uma negociação política central. Corrobora a necessidade de se definirem indicadores de qualidade de cuidados, que servem como linhas de orientação para a tomada de decisão (Zimmerman, 2003).

A caracterização dos utentes em lares de idosos portugueses a partir do protocolo RAI-MDS demonstrou fazer uma caracterização multidimensional e pormenorizada das características dos utentes. Permitiu fornecer informações mais precisas sobre as necessidades dos pacientes. Esta caracterização remete para o plano de cuidados dos utentes, tanto individual como para os objetivos institucionais. Os resultados da implementação do RAI-MDS e o seu resultado na planificação de cuidados foi já demonstrado (Achterberg et al., 1999), tendo obtido melhorias significativas, principalmente em instituições com utentes com problemas físicos e mentais, com algumas melhorias, embora não tão positivas nos utentes com problemas psicossociais.

O instrumento de recolha de dados experimentado neste trabalho parece ser uma mais valia para a gestão de cuidados e do apoio social em lares de idosos, pois contém indicadores que permitem aferir a qualidade dos cuidados (Arora et al., 2007), e por outro lado permite classificar os utentes. Achterberg (2004) demonstrou que o RAI-MDS é útil para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados nas estruturas residenciais para pessoas idosas. Esta melhoria está relacionada com o facto da planificação de cuidados resultar de uma avaliação multidimensional, e portanto fornecer uma visão mais abrangente do utente (Achterberg et al., 2001). O uso de sistemas de classificação a partir do protocolo RAI-MDS, é importante para o financiamento

dos cuidados por discriminação positiva segundo o nível de dependência e correspondente utilização de recursos.

Após a distribuição da amostra segundo a classificação do RUG-III, nos 44 grupos, verificou-se que apenas 18 grupos têm utentes, sendo que muitos destes com uma participação muito baixa da amostra. Apenas em 4 grupos se obteve 10 ou mais utentes, todos eles pertencentes ao grande grupo condição física reduzida, ou seja, o grupo maior com menos utilização de recursos. De salientar que 48,1% dos indivíduos foram classificados no subgrupo mais baixo, com menor utilização de recursos, do grupo maior condição física reduzida.

O grupo mais elevado deste sistema de classificação refere-se aos utentes que utilizam serviços de reabilitação e terapias. Na amostra deste estudo estes serviços tem uma utilização nula ou marginal, sendo a fisioterapia o mais utilizado, mas apenas por 17,1% dos utentes. Dos utentes que utilizam fisioterapia quase metade utiliza menos de 30 minutos por semana. Para classificar nos grupos mais elevados do RUG-III é necessário utilizar mais de 45 minutos destes serviços por semana, razão pela qual nesta amostra não existem utentes nos grupos mais elevados. No trabalho desenvolvido por Berg et al. (1997) que a percentagem de residentes que utilizam estes serviço de reabilitação e terapias é de 31% na Islândia, 30% no Japão, 23% na Dinamarca, 14% em Itália e 11% nos Estados Unidos, sendo o serviço mais utilizado a fisioterapia.

A case-mix index calculado segundo a distribuição da amostra no sistema de classificação RUG-III permitiu verificar que esta varia entre o mínimo de 0,4 que pertence ao grupo maior clinicamente complexo, e 2,43, pertencendo ao grupo maior dos serviços extensivos. No entanto, tanto o valor mínimo como o valor máximo foi verificado em grupos com apenas 1 indivíduo. Utilizando o mesmo critério que foi utilizado para o cálculo da variância explicada por este sistema de classificação, grupos com mais de 10 indivíduos, verificamos que o case-mix index mínimo é 0,76 e pertence ao grupo que teoricamente deverá ter menor utilização de recursos, e o máximo 1,57.

No trabalho da criação RUG-III, Fries et al. (1994) apresenta um intervalo maior entre o case-mix index mínimo e máximo, 0,39 e 3,61 respetivamente. Aquando da utilização do RUG-III no Reino Unido, Carpenter et

al. (2003) encontraram também uma diferença ligeiramente maior que neste estudo no case-mix index, obtendo mínimo de $\pm 0,5$ e máximo de $\pm 1,9$. Havendo uma maior diferença entre o case-mix index mínimo e máximo é espectável que o modelo consiga explicar mais da variância de recursos, o que aconteceu neste estudo, tendo obtido 56% da variância na utilização de recursos explicada com o RUG-III.

Estas diferenças, no que concerne ao case-mix index, remetem para a diferença que existe nas características dos utentes desta amostra, especialmente no que se refere aos níveis de dependência e nos recursos utilizados, quando comparadas com populações de contextos internacionais, de estudos com o mesmo instrumento desenvolvidos em *nursing homes*.

A variância na utilização de recursos explicada pelo sistema de classificação RUG-III nesta amostra é relativamente baixa, 28,5% da variância explicada através da ANOVA, e é corroborada pelo resultado ligeiramente mais elevado da regressão linear múltipla, 30,2%, quando comparada com os restantes estudos sobre a utilização do RUG-III em diferentes países, comparação esta já exposta anteriormente, nomeadamente na Tabela 1.3. Esta baixa variância do tempo total utilizado explicada deve-se à distribuição não uniforme pelos diferentes grupos, ao elevado número de grupos sem indivíduos, e à predominância de indivíduos nos grupos mais baixos.

Bjorkgren et al. (1999) confrontou-se com o mesmo problema, grupos com pouca representação, essencialmente nos grupos mais elevados, embora não de forma tão extensa como no presente estudo. Estes autores partiram de uma amostra de 1964 utentes, proporcionando uma melhor exploração do sistema de classificação RUG-III. A resolução deste problema passou pela redução de algumas subcategorias, resultando numa sistema de classificação de 22 grupos. Neste estudo não se optou pela redução do número de subgrupos do RUG-III devido ao tamanho da amostra, nomeadamente da amostra que concluiu integralmente o RAI-MDS e a avaliação de utilização de recursos.

Efetivamente as categorias mais elevadas do RUG-III caracterizam-se pela utilização de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, terapia respiratória, psicoterapia e enfermagem de reabilitação. Como se viu no primeiro capítulo deste trabalho, aquando da revisão da literatura e da

caracterização dos lares de idosos em Portugal, nomeadamente na regulamentação técnica no que concerne aos rácios de pessoal, estas categorias profissionais não são exigidas no quadro mínimo de pessoal. No entanto, algumas instituições de esta amostra têm profissionais destas áreas contratados, a tempo parcial ou a tempo inteiro, tendo sido avaliado o tempo que estes profissionais utilizam com os utentes. Nestas instituições encontramos essencialmente, em maior número, ajudantes de ação direta e auxiliares de serviços gerais.

Segundo o contrato coletivo de trabalho da confederação nacional das instituições de solidariedade, ajudante de ação direta é o profissional que trabalha diretamente com os utentes, quer individualmente, quer em grupo, tendo em visto o seu bem-estar, recebendo os utentes e fazendo a sua integração no período inicial de utilização dos equipamentos ou serviços, procedendo ao acompanhamento diurno e noturno dos utentes, dentro e fora dos estabelecimentos e serviços, guiando-os, auxiliando-os, estimulando-os através da conversação, detetando os seus interesses e motivações e participando na ocupação de tempos livres. Estes profissionais asseguram ainda a alimentação regular dos utentes, prestam cuidados de higiene e conforto, colaboram na prestação de cuidados de saúde que não requeiram conhecimentos específicos, nomeadamente aplicando cremes medicinais e administrando medicação segundo a prescrição médica e as instruções recebidas. Os auxiliares de serviços gerais são os trabalhadores responsáveis pela limpeza e arrumação das instalações, assegurando o transporte de alimentos e outros artigos, tendo também funções de estafeta.

Se por uma lado a ausência de profissionais na área da reabilitação e das terapias pode fazer com que este serviço seja menos caro, a prestação de cuidados de saúde e apoio social em lar de idosos, e portanto mais acessível aos idosos mais carenciados, pois este serviço é apenas comparticipado sendo o restante pago pelo utente, por outro lado torna esta tipologia menos atrativa aos idosos com maior necessidade de cuidados, pois podem não rever nestas instituições uma solução para os seus problemas, nem as compreenderem como a tipologia de cuidados e apoio que melhor corresponde às suas necessidades.

Os baixos níveis de dependência nas AVD encontrados nesta amostra podem estar associados a esta procura por parte dos utentes e dos seus familiares. A criação da rede nacional de cuidados continuados em Portugal poderá também ter concorrido para esta realidade nos lares de idosos, tornando-se uma tipologia de prestação de cuidados de saúde e apoio social mais vocacionada para a reabilitação e as terapias, podendo corresponder melhor às expectativas e necessidades dos idosos mais dependentes.

Em Portugal existem como instituições que prestam cuidados de saúde e apoio social com internamento de longa duração para as pessoas idosas, como já referido anteriormente, os lares de idosos, atualmente denominados estruturas residenciais para pessoas idosas, e a rede nacional de cuidados continuados. Tem sido comum estas instituições do contexto português serem referidas na literatura internacional como *nursing homes*, como se pode verificar no trabalho elaborado por Emilsson (2009) e também na tese apresentada por Fonseca (2013). No entanto, dadas as diferenças nas características dos utentes, pois classificam um grupos muito diferentes no que se refere ao sistema RUG-III, as diferenças dos profissionais que trabalham nestas instituições, os lares de idosos portugueses podem não corresponder na totalidade ao conceito *nursing home*.

Em contexto internacional encontram-se diversas instituições que prestam cuidados de longa duração à população idosa, como por exemplo: *nursing home*, *assisted home living*, *residencial care*, *assisted living facilities*, *home for aged*. Em Portugal quase todas as instituições que prestam apoio social e cuidados de saúde são enquadradas legalmente, no que se refere ao alvará de funcionamento, em estruturas residenciais para pessoas idosas, não havendo grande diferenciação na estrutura e organização entre elas, pois obedecem à mesma regulamentação legal. Desde 2006, com a criação em Portugal da rede nacional de cuidados continuados, através do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho surgiu uma diferenciação na prestação de apoio social e cuidados de saúde, sendo uma tipologia com dupla tutela, que não acolhe só pessoas idosas, mas o seu público é essencialmente este (MTSS, 2013). Esta rede de cuidados já inclui diversas unidades com tipologias diferentes e critérios de referenciação diferenciadores. A utilização de sistemas de classificação de utentes desenvolve uma metodologia de trabalho na

referenciação dos utentes que irá tendencialmente diferenciar as instituições (Fries et al., 1991). A implementação RUG-III ou de outro sistema de classificação de utentes poderá ter o mesmo efeito nas estruturas residenciais para pessoas idosas, diferenciando-as e levando estas instituições a especializarem-se em determinada tipologia de utentes.

Partiu-se assim para a parte II do estudo, que foi criar um sistema de classificação de utentes baseado nesta amostra, seguindo os procedimentos iniciais da criação do RUG.

Após a seleção das variáveis do RAI-MDS que estavam mais relacionadas com a utilização de recursos, verificou-se que o maiores coeficientes de correlação pertenciam a variáveis relacionadas com as AVD. Uma realidade semelhante a esta foi encontrada por Fries and Cooney (1985) na criação do sistema de classificação RUG. A criação da árvore de decisão para este sistema de classificação utilizou quatro variáveis, sendo três variáveis das AVD. Juntamente com as variáveis das AVD a árvore de decisão incluiu ainda a variável continência urinária.

A variância do tempo utilizado explicada pela árvore de decisão criada é bastante mais elevada, precisamente 44% da variância na utilização de recursos explicada, parecendo este modelo mais adequado para explicar o tempo utilizado no apoio social e prestação de cuidados de saúde neste tipo de instituições. Este sistema de classificação possui 6 grupos (nós terminais) e necessita para a classificação de apenas 4 variáveis, nomeadamente: grau de continência urinária, tipo de suporte que o idoso necessita para a locomoção fora da instituição, apoio na higiene pessoal e capacidade para tomar banho.

A árvore de decisão criada na parte II deste estudo parece ser um bom ponto de partida para a criação de um sistema de classificação de utentes para estruturas residenciais para pessoas idosas em Portugal. Tendo em conta que em Portugal o modelo de cuidados institucionais para pessoas idosas resulta da evolução de um sistema baseado no assistencialismo e na caridade social, torna-se oportuno repensar os modelos de base destas tipologias de apoio social às pessoas idosas. A criação de valências diferenciadores destinadas a públicos com características específicas poderá ser uma solução, tanto para a rentabilização de recursos humanos especializados nas características dos utentes que acolhem, como para o financiamento destas tipologias.

Partindo deste sistema de classificação criado, no sentido da sua implementação, será necessário replicar este estudo com uma amostra de maior dimensão a nível nacional para validar este modelo.

Dado que os recursos que estas instituições possuem são limitados, através do financiamento que recebem, tanto da parte do pagamento das mensalidades pelos utentes e familiares quer pela comparticipação da tutela, importa tornar a prestação de cuidados e de apoio social não só eficaz, ou seja atingir os resultados planeados, mas também eficiente, consumindo o número mínimo de recursos para a obtenção dos resultados (Abend-Wein, 1991).

Agrupar os indivíduos pelas características destes e pelos recursos utilizados, conforme efetuada pelo sistema de classificação RUG-III, parece ser uma solução para compreender melhor os recursos utilizados por cada tipologia de utente, e que tenderá a diferenciar as instituições por tipo de utentes que recebe (Urquhart et al., 1999; Webster, 2004; Worden et al., 2008).

A não obrigatoriedade da presença nos rácios mínimos admissíveis pela portaria que regulamenta as estruturas residenciais para pessoas idosas de profissionais responsáveis pela reabilitação física, terapia da ocupacional, terapia da fala, terapia respiratória e terapia psicológica leva a prever que, mesmo uma amostra maior, os grupos mais elevados do RUG-III se mantenham sem utentes, à semelhança do que aconteceu neste estudo.

Foram várias as questões que se levantaram com este estudo, pertinentes de investigação futura. Primeiramente sugere-se uma investigação mais alargada, quiçá a nível nacional. Este estudo deverá ser também entendido como um alerta pelas instâncias governamentais do panorama que as instituições para idosos enfrentam e a adequação dos programas de financiamento que estas recebem.

Os resultados obtidos poderão apoiar a avaliação do impacto das políticas no âmbito das instituições de cuidados de longa duração, na priorização dos gastos e na tomada de decisões ajustadas à realidade portuguesa.

5. Conclusões

Tendo em conta os resultados obtidos na avaliação dos pacientes através do instrumento RAI-MDS, e após a análise desta amostra com o sistema de classificação RUG-III, pode-se concluir que:

1. O instrumento de avaliação RAI-MDS tem já demonstrado no contexto internacional grande relevância na sua utilização em instituições de cuidados de longa duração para pessoas idosas. Demonstrou ser bastante mais abrangente que os instrumentos e conjuntos de instrumentos de avaliação encontrados nas instituições onde se desenvolveu o presente trabalho. Considera-se que este apresenta maior potencial na caracterização dos utentes.
2. A caracterização sociodemográfica da amostra do estudo indica que esta é constituída maioritariamente por mulheres (70,2%), viúvas (56,7%), com baixo nível de literacia (87,0% igual ou inferior à 4ª classe), com oitenta ou mais anos (63,3%), com baixos rendimentos (59,3% com menos de 400€/mês), mas com baixos níveis de dependência nas AVD (56% independente, estando 79% dos utentes nos scores de baixa dependência), sendo as patologias mais frequentes a hipertensão arterial (48,6%), dislipidémia (21,2%) e diabetes mellitus (18,0%).
3. As características sociodemográficas encontradas são semelhantes às amostras estudadas em contexto internacional em instituições de apoio social e cuidados de saúde de longa duração.
4. Os níveis de dependência nas AVD, utilizando o score do AVD do RUG-III, é inferior à maioria dos estudos encontrados. 79% dos utentes pontuam nos scores de baixa dependência, enquanto Berg et al. (1997) afirma ter encontrado 51% na Dinamarca, 61% na Islândia, 45% em Itália, 57% no Japão e 43% nos EUA.

5. As terapias têm uma utilização reduzida ou nula nos lares de idosos, nomeadamente terapia ocupacional, terapia respiratória, terapia da fala, fisioterapia, psicoterapia e enfermagem de reabilitação. A terapia ocupacional e terapia respiratória não é utilizada. A fisioterapia é utilizada por 17,1%, sendo que destes 48% apenas utiliza 30 minutos por semana.
6. A terapia mais utilizada é a fisioterapia, assim como no contexto internacional (Berg et al., 1997), embora em níveis muito mais baixos em Portugal.
7. As estruturas residenciais para pessoas idosas parecem ser efetivamente diferentes das instituições descritas como *nursing home* na literatura internacional, relacionado com as diferenças nos baixos níveis de dependência nas AVD, e as diferenças nos recursos humanos disponibilizados e utilizados.
8. Após agrupar a amostra segundo o sistema de classificação RUG-III, verificou-se que cerca de metade da amostra foi classificada no grupo mais baixo deste sistema de classificação (48,1%), e apenas mais 3 grupos ficaram com mais de 10 utentes, restando muitos grupos do sistema de classificação sem utentes.
9. A menor utilização de recursos poderá estar relacionada com a ausência destes recursos no contexto institucional desta amostra, pela inexistência de obrigatoriedade da disponibilização destes na regulamentação legal destas instituições.
10. O sistema de classificação RUG-III mostrou ser pouco discriminatório na utilização de recursos neste tipo de instituições e nesta amostra, explicando 30,2% da variância na utilização de recursos.

11. O sistema de classificação criado neste estudo explica 44% da variância na utilização de recursos. A criação de um sistema de classificação próprio para a realidade deste tipo de instituições parece ser uma boa solução para o estudo da utilização de recursos.
12. O sistema de classificação desenvolvido utiliza maioritariamente variáveis relacionadas com as AVD, à semelhança que o sistema de classificação RUG-III.

Conclusão geral:

A criação de um sistema de classificação próprio para a realidade portuguesa deste tipo de instituições, baseado numa amostra mais abrangente, poderá ser uma solução para a melhoria dos cuidados e do apoio social aos idosos, através de uma gestão mais eficaz e eficiente dos recursos utilizados e de um financiamento adequado.

Bibliografia

- Abend-Wein, M. (1991). Medicaid's effect on the elderly: how reimbursement policy affects priorities in the nursing home. *J Appl Gerontol*, 10(1), 71-87.
- Achterberg, W. (2004). *Caring for quality: The use of the Minimum Data Set (MDS) for research into quality of care and patient functioning in nursing homes*. Wageningen.
- Achterberg, W. P., Holtkamp, C. C., Kerkstra, A., Pot, A. M., Ooms, M. E., & Ribbe, M. W. (2001). Improvements in the quality of co-ordination of nursing care following implementation of the Resident Assessment Instrument in Dutch nursing homes. *J Adv Nurs*, 35(2), 268-275. doi: jan1843 [pii]
- Achterberg, W. P., van Campen, C., Pot, A. M., Kerkstra, A., & Ribbe, M. W. (1999). Effects of the Resident Assessment Instrument on the care process and health outcomes in nursing homes. A review of the literature. *Scand J Rehabil Med*, 31(3), 131-137.
- Adams-Wendling, L., DeDonder, J., Tidwell, S., Pimple, C., Schmiot, L., & Okeson, D. (2007). Budgeting nursing workload for required minimum data set assessments. *J Nurs Manag*, 15(4), 442-448. doi: JNM685 [pii]
10.1111/j.1365-2834.2007.00685.x
- Amaral, A. F. S., Ferreira, P. L., & Gray, L. C. (2014). Validação do International Resident Assessment Instrument -- Acute Care para a população portuguesa. (Portuguese). [Article]. *Validation of the International Resident Assessment Instrument -- Acute Care (InterRAI-AC) for the Portuguese population. (English)*, 4(1), 103-115. doi: 10.12707/RIII13197
- Arling, G., Kane, R. L., Mueller, C., & Lewis, T. (2007). Explaining direct care resource use of nursing home residents: findings from time studies in four states. *Health Serv Res*, 42(2), 827-846. doi: HESR627 [pii]
10.1111/j.1475-6773.2006.00627.x
- Arling, G., Lewis, T., Kane, R. L., Mueller, C., & Flood, S. (2007). Improving Quality Assessment through Multilevel Modeling: The Case of Nursing Home Compare. *Health Research and Educational Trust*, 42(3), 1177-1199.
- Arora, V. M., Johnson, M., Olson, J., Podrazik, P. M., Levine, S., DuBeau, C. E., . . . Meltzer, D. O. (2007). Using Assessing Care of Vulnerable Elders Quality Indicators to Measure Quality of Hospital Care for Vulnerable Elders. *J Am Geriatr Soc*, 55(11), 1705-1711.

- Augustine, N., Field, C., & Capitosti, S. (2010). Get ready. The new MDS and RUG-IV systems will have a dramatic impact on providers and reimbursement. *Provider*, 36(9), 45-46, 49.
- Beck, A. M., Ovesen, L., & Schroll, M. (2001). Validation of the Resident Assessment Instrument triggers in the detection of under-nutrition. *Age Ageing*, 30(2), 161-165.
- Berg, K., Finne-Soveri, H., Gray, L., Henrard, J. C., Hirdes, J., Ikegami, N., . . . Teare, G. (2009). Relationship between interRAI HC and the ICF: opportunity for operationalizing the ICF. *BMC Health Serv Res*, 9, 47. doi: 1472-6963-9-47 [pii]
10.1186/1472-6963-9-47
- Berg, K., Sherwood, S., Murphy, K., Carpenter, G. I., Gilgen, R., & Phillips, C. D. (1997). Rehabilitation in nursing homes: a cross-national comparison of recipients. *Age Ageing*, 26 Suppl 2, 37-42.
- Berlowitz, D. R., Young, G. J., Hickey, E. C., Saliba, D., Mittman, B. S., Czarnowski, E., . . . Moskowitz, M. A. (2003). Quality improvement implementation in the nursing home. *Health Serv Res*, 38(1 Pt 1), 65-83.
- Bernabei, R., Landi, F., Gambassi, G., Sgadari, A., Zuccala, G., Mor, V., . . . Carbonin, P. (1998). Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ*, 316(7141), 1348-1351.
- Bernabei, R., Murphy, K., Frijters, D., DuPaquier, J. N., & Gardent, H. (1997). Variation in training programmes for Resident Assessment Instrument implementation. *Age Ageing*, 26 Suppl 2, 31-35.
- Bjorkgren, M. A., Fries, B. E., Hakkinen, U., & Brommels, M. (2004). Case-mix adjustment and efficiency measurement. *Scand J Public Health*, 32(6), 464-471.
- Bjorkgren, M. A., Fries, B. E., & Shugarman, L. R. (2000). A RUG-III case-mix system for home care. *Canadian Journal on Aging-Revue Canadienne Du Vieillissement*, 19, 106-125. doi: Doi 10.1017/S0714980800013921
- Bjorkgren, M. A., Hakkinen, U., Finne-Soveri, U. H., & Fries, B. E. (1999). Validity and reliability of Resource Utilization Groups (RUG-III) in Finnish long-term care facilities. *Scand J Public Health*, 27(3), 228-234.
- Bjorkgren, M. A., Hakkinen, U., & Linna, M. (2001). Measuring efficiency of long-term care units in Finland. *Health Care Manag Sci*, 4(3), 193-200.

- Blaum, C. S., O'Neill, E. F., Clements, K. M., Fries, B. E., & Fiatarone, M. A. (1997). Validity of the minimum data set for assessing nutritional status in nursing home residents. *Am J Clin Nutr*, 66(4), 787-794.
- Boorsma, M., Frijters, D. H., Knol, D. L., Ribbe, M. E., Nijpels, G., & van Hout, H. P. (2011). Effects of multidisciplinary integrated care on quality of care in residential care facilities for elderly people: a cluster randomized trial. *CMAJ*, 183(11), E724-732. doi: cmaj.101498 [pii]
10.1503/cmaj.101498
- Bostick, J. E. (2004). Relationship of nursing personnel and nursing home care quality. *J Nurs Care Qual*, 19(2), 130-136.
- Botz, C. K., Bestard, S., Demaray, M., & Molloy, G. (1993). Resource utilization groups (RUGs): defining chronic care, rehabilitation and nursing home case mix in Canada. *Healthc Manage Forum*, 6(4), 5-19.
- Brennan, J., & O'Neill, D. (2001). Contracted beds in private nursing homes: not a solution to long term care needs in Dublin. *Ir Med J*, 94(7), 218.
- Brizioli, E., Bernabei, R., Grechi, F., Masera, F., Landi, F., Bandinelli, S., . . . Ferrucci, L. (2003). Nursing home case-mix instruments: Validation of the RUG-III system in Italy. *Aging Clinical and Experimental Research*, 15(3), 243-253.
- Burrows, A. B., Morris, J. N., Simon, S. E., Hirdes, J. P., & Phillips, C. (2000). Development of a minimum data set-based depression rating scale for use in nursing homes. *Age Ageing*, 29(2), 165-172.
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. d., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Canavan, M., & O'Neill, D. (2010). Palliative care for older people in nursing homes. *Ir Med J*, 103(6), 165-166.
- Capezuti, E., Mion, L. C., Kagan, S. H., & Happ, M. B. (2009). Implementing Geriatric Care Models: What Are We Waiting For? *Geriatric Nursing*, 30(3), 204-206.
- Carpenter, G. I. (2006). Accuracy, validity and reliability in assessment and in evaluation of services for older people: the role of the interRAI MDS assessment system. *Age Ageing*, 35(4), 327-329. doi: 35/4/327 [pii]
10.1093/ageing/afl038
- Carpenter, G. I., Charles, A. W., Phillips, D., & Mor, V. (1997). Introduction. *Age and Ageing*, 26(suppl 2), 1. doi: 10.1093/ageing/26.suppl_2.1

- Carpenter, G. I., Hastie, C. L., Morris, J. N., Fries, B. E., & Ankri, J. (2006). Measuring change in activities of daily living in nursing home residents with moderate to severe cognitive impairment. *BMC Geriatr*, 6, 7. doi: 1471-2318-6-7 [pii]
10.1186/1471-2318-6-7
- Carpenter, G. I., Ikegami, N., Ljunggren, G., Carrillo, E., & Fries, B. E. (1997). RUG-III and resource allocation: comparing the relationship of direct care time with patient characteristics in five countries. *Age and Ageing*, 26, 61-65.
- Carpenter, G. I., Main, A., & Turner, G. F. (1995). Casemix for the elderly inpatient: Resource Utilization Groups (RUGs) validation project. Casemix for the Elderly Inpatient Working Group. *Age Ageing*, 24(1), 5-13.
- Carpenter, G. I., Turner, G. F., & Fowler, R. W. (1997). Casemix for inpatient care of elderly people: rehabilitation and post-acute care. Casemix for the Elderly Inpatient Working Group. *Age Ageing*, 26(2), 123-131.
- Carpenter, I., Perry, M., Challis, D., & Hope, K. (2003). Identification of registered nursing care of residents in English nursing homes using the Minimum Data Set Resident Assessment Instrument (MDS/RAI) and Resource Utilisation Groups version III (RUG-III). *Age Ageing*, 32(3), 279-285.
- Chi, I., Chou, K. L., Kwan, C. W., Lam, E. K., & Lam, T. P. (2006). Use of the Minimum Data Set--Home Care: a cluster randomized controlled trial among the Chinese older adults. *Aging Ment Health*, 10(1), 33-39. doi: M4412M185G188GJ3 [pii]
10.1080/13607860500307712
- Chou, K.-L., Chi, I., Leung, A. C.-t., Wu, Y. M., & Liu, C.-p. (2001). Validation of Minimum Data Set for Nursing Home in Hong Kong Chinese Elders. *Clinical Gerontologist*, 23(1/2), 43-54.
- Chou, K. L., Chi, I., & Leung, J. C. (2008). Applying Resource Utilization Groups (RUG-III) in Hong Kong nursing homes. *Can J Aging*, 27(3), 233-239. doi: 335248646231L743 [pii]
10.3138/cja.27.3.233
- Clauser, S. B., & Fries, B. E. (1992). Nursing home resident assessment and case-mix classification: cross-national perspectives. *Health Care Financ Rev*, 13(4), 135-155.
- Cohen-Mansfield, J. (1997). Turnover among nursing home staff. A review. *Nurs Manage*, 28(5), 59-62, 64.

- Comondore, V. R., Devereaux, P. J., Zhou, Q., Stone, S. B., Busse, J. W., Ravindran, N. C., . . . Guyatt, G. H. (2009). Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 339, b2732.
- Condelius, A., Hallberg, I. R., & Jakobsson, U. (2010). Medical healthcare utilization as related to long-term care at home or in special accommodation. *Arch Gerontol Geriatr*, 51(3), 250-256. doi: S0167-4943(09)00289-1 [pii] 10.1016/j.archger.2009.11.009
- Cooney, L. M., Jr., & Fries, B. E. (1985). Validation and use of resource utilization groups as a case-mix measure for long-term care. *Med Care*, 23(2), 123-132.
- Cornelius, E., Feldman, J., Marsteller, J. A., & Liu, K. (1994). Creating a MEDPAR (Medicare provider analysis and review) analog to the RUG-III (Resource Utilization Groups, Version III) classification system. *Health Care Financ Rev*, 16(2), 101-126.
- Coughlan, T., & O'Neill, D. (2003). Saturation of nursing home places in southwest Dublin. *Ir Med J*, 96(6), 185-186.
- Cowman, S., Royston, M., Hickey, A., Horgan, F., McGee, H., & O'Neill, D. (2010). Stroke and nursing home care: a national survey of nursing homes. *BMC Geriatr*, 10, 4. doi: 1471-2318-10-4 [pii] 10.1186/1471-2318-10-4
- Dal Ben, L. W., & Gaidzinski, R. R. (2007). [Proposal for a model for calculating the size of nursing staff in home care]. *Rev Esc Enferm USP*, 41(1), 97-103.
- Dalby, D. M., Hirdes, J. P., & Fries, B. E. (2005). Risk adjustment methods for Home Care Quality Indicators (HCQIs) based on the minimum data set for home care. *BMC Health Serv Res*, 5(1), 7. doi: 1472-6963-5-7 [pii] 10.1186/1472-6963-5-7
- de Miguel, M., Torrijos, M., Abad, J. M., & Lou, M. L. (2004). [Dependency levels and health care services' utilization in psychiatric hospitals in Aragon (Spain)]. *Gac Sanit*, 18(3), 213-219. doi: 13063098 [pii]
- Degenholtz, H. B., Kane, R. A., Kane, R. L., Bershadsky, B., & Kling, K. C. (2006). Predicting nursing facility residents' quality of life using external indicators. *Health Serv Res*, 41(2), 335-356. doi: HESR494 [pii] 10.1111/j.1475-6773.2005.00494.x
- Dellefield, M. E. (2006). Using the Resource Utilization Groups (RUG-III) system as a staffing tool in nursing homes. *Geriatr Nurs*, 27(3), 160-165. doi: S0197-4572(06)00064-4 [pii]

10.1016/j.gerinurse.2006.02.004

Dellefield, M. E. (2007). Implementation of the resident assessment instrument/minimum data set in the nursing home as organization: implications for quality improvement in RN clinical assessment. *Geriatr Nurs*, 28(6), 377-386. doi: S0197-4572(07)00059-6 [pii]

10.1016/j.gerinurse.2007.03.002

Dellefield, M. E. (2008). The work of the RN Minimum Data Set coordinator in its organizational context. *Res Gerontol Nurs*, 1(1), 42-51. doi: 10.3928/19404921-20080101-04

Description of RUG III patient classification system in PPS rule incomplete, possibly misleading. (1998). *Natl Rep Subacute Care*, 6(11), 4-7.

Donabedian, A. (1969). Quality of care: problems of measurement. II. Some issues in evaluating the quality of nursing care. *Am J Public Health Nations Health*, 59(10), 1833-1836.

Donabedian, A. (1997). The quality of care. How can it be assessed? 1988. *Arch Pathol Lab Med*, 121(11), 1145-1150.

Dosa, D., Bowers, B., & Gifford, D. R. (2006). Critical review of resident assessment protocols. *J Am Geriatr Soc*, 54(4), 659-666. doi: JGS654 [pii] 10.1111/j.1532-5415.2006.00654.x

Eilertsen, T. B., Kramer, A. M., Schlenker, R. E., & Hrinkevich, C. A. (1998). Application of functional independence measure-function related groups and resource utilization groups-version III systems across post acute settings. *Med Care*, 36(5), 695-705.

Emilsson, U. M. (2009). Health care, social care or both? A qualitative explorative study of different focuses in long-term care of older people in France, Portugal and Sweden. *European Journal of Social Work*, 12(4), 419-434. doi: 10.1080/13691450902981467

Falconer, M., & O'Neill, D. (2007). Profiling disability within nursing homes: a census-based approach. *Age Ageing*, 36(2), 209-213. doi: afl185 [pii] 10.1093/ageing/afl185

Fealy, G., McCarron, M., O'Neill, D., McCallion, P., Clarke, M., Small, V., . . . Cullen, A. (2009). Effectiveness of gerontologically informed nursing assessment and referral interventions for older persons attending the emergency department: systematic review. *J Adv Nurs*, 65(5), 934-935.

Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e Sociedade*. Oeiras: Celta Editora.

- Fernandes, H., & Martin, I. (2013). Grupos de utilização de recursos. *Revista Geriatria & Gerontologia*, 7(1), 68-75.
- Fetter, R. B., Freeman, J. L., & Mullin, R. L. (1985). DRGs: how they evolved and are changing the way hospitals are managed. *Pathologist*, 39(6), 17-21.
- Fetter, R. B., Shin, Y., Freeman, J. L., Averill, R. F., & Thompson, J. D. (1980). Case mix definition by diagnosis-related groups. *Med Care*, 18(2 Suppl), iii, 1-53.
- Fonseca, A. M., & Paúl, M. C. (2006). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, C., Aleixo, T., Fontes, R., & Escoval, A. (2012). Nursing Care Indicators to Nursing Homes. *J Nurs Care*, 1(107), 5. Retrieved from doi:10.4172/2167-1168.1000107
- Fonseca, C. J. V. d. (2013). *Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidades de cuidados de enfermagem*. Doutoramento, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Francesconi, P., Cantini, E., Bavazzano, E., Lauretani, F., Bandinelli, S., Buiatti, E., & Ferrucci, L. (2006). Classification of residents in nursing homes in Tuscany (Italy) using Resource Utilization Groups Version III (RUG-III). *Aging Clin Exp Res*, 18(2), 133-140. doi: 1806 [pii]
- Freeman, J. L., Fetter, R. B., Park, H., Schneider, K. C., Lichtenstein, J. L., Hughes, J. S., . . . Palmer, G. R. (1995). Diagnosis-related group refinement with diagnosis- and procedure-specific comorbidities and complications. [Comparative Study
Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.]. *Med Care*, 33(8), 806-827.
- Fries, B. E. (1990). Comparing case-mix systems for nursing home payment. *Health Care Financ Rev*, 11(4), 103-119.
- Fries, B. E., & Cooney, L. M., Jr. (1985). Resource utilization groups. A patient classification system for long-term care. *Med Care*, 23(2), 110-122.
- Fries, B. E., Fahey, C. J., Hawes, C., Vladeck, B. C., Morris, J. N., Phillips, C. D., . . . Challis, D. (2003). Implementing the Resident Assessment Instrument: Case Studies of Policymaking for Long-Term Care in Eight Countries. New York: Milbank Memorial Fund.
- Fries, B. E., Hawes, C., Morris, J. N., Phillips, C. D., Mor, V., & Park, P. S. (1997). Effect of the National Resident Assessment Instrument on selected health conditions and problems. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45(8), 994-1001.

- Fries, B. E., Ljunggren, G., & Winblad, B. (1991). International comparison of long-term care: the need for resident-level classification. *J Am Geriatr Soc*, 39(1), 10-16.
- Fries, B. E., Mehr, D. R., Schneider, D., Foley, W. J., & Burke, R. (1993). Mental dysfunction and resource use in nursing homes. *Med Care*, 31(10), 898-920.
- Fries, B. E., Schneider, D. P., Foley, W. J., & Dowling, M. (1989). Case-mix classification of Medicare residents in skilled nursing facilities: resource utilization groups (RUG-T18). *Med Care*, 27(9), 843-858.
- Fries, B. E., Schneider, D. P., Foley, W. J., Gavazzi, M., Burke, R., & Cornelius, E. (1994). Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource Utilization Groups (RUG-III). *Med Care*, 32(7), 668-685.
- Fries, B. E., Wodchis, W. P., Blaum, C., Buttar, A., Drabek, J., & Morris, J. N. (2005). A national study showed that diagnoses varied by age group in nursing home residents under age 65. *J Clin Epidemiol*, 58(2), 198-205. doi: S0895-4356(04)00192-1 [pii]
10.1016/j.jclinepi.2004.07.001
- Frijters, D. H., Mor, V., DuPaquier, J. N., Berg, K., Carpenter, G. I., & Ribbe, M. W. (1997). Transitions across various continuing care settings. *Age Ageing*, 26 Suppl 2, 73-76.
- Garbin, B. A. (1987). Resource utilization groups: a reimbursement system for VA medical centers. *J Qual Assur*, 9(4), 30-31.
- Garcia-Altes, A., Martinez, F., Carrillo, E., & Peiro, S. (2000). [Patient classification systems in intermediate and long-term stay institutions: evolution and future perspectives]. *Gac Sanit*, 14(1), 48-57.
- GEP/MTSS. (2009). Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos 2009. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- GEP/MTSS. (2012). Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos 2012. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- Gibbons, C., Dubois, S., Ross, S., Parker, B., Morris, K., Lim, T., & Bedard, M. (2008). Using the Resident Assessment Instrument-Mental Health (RAI-MH) to determine levels of care for individuals with serious mental illness. *J Behav Health Serv Res*, 35(1), 60-70. doi: 10.1007/s11414-007-9088-9
- Gilgen, R., & Garms-Homolova, V. (1995). [Resident Assessment Instrument (RAI): a system for client evaluation and documentation in long-term care--an overview]. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie*, 28(1), 25-28.

- Gjevjon, E. R., & Hellesø, R. (2010). The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *J Clin Nurs*, 19(1-2), 100-108. doi: JCN2953 [pii]
10.1111/j.1365-2702.2009.02953.x
- Glenny, C., & Stolee, P. (2009). Comparing the functional independence measure and the interRAI/MDS for use in the functional assessment of older adults: a review of the literature. *BMC Geriatr*, 9, 52. doi: 1471-2318-9-52 [pii]
10.1186/1471-2318-9-52
- Goldfield, N. (2010). The evolution of diagnosis-related groups (DRGs): from its beginnings in case-mix and resource use theory, to its implementation for payment and now for its current utilization for quality within and outside the hospital. *Qual Manag Health Care*, 19(1), 3-16. doi:
10.1097/QMH.0b013e3181ccbcc3
- Goodson, J., Jang, W., & Rantz, M. (2008). Nursing home care quality: insights from a Bayesian network approach. *Gerontologist*, 48(3), 338-348. doi:
48/3/338 [pii]
- Grando, V. T., Mehr, D., Popejoy, L., Maas, M., Rantz, M., Wipke-Tevis, D. D., & Westhoff, R. (2002). Why older adults with light care needs enter and remain in nursing homes. *J Gerontol Nurs*, 28(7), 47-53.
- Gray, L. C., Berg, K., Fries, B. E., Henrard, J. C., Hirdes, J. P., Steel, K., & Morris, J. N. (2009). Sharing clinical information across care settings: the birth of an integrated assessment system. *BMC Health Serv Res*, 9, 71. doi:
1472-6963-9-71 [pii]
10.1186/1472-6963-9-71
- Gray, L. C., Bernabei, R., Berg, K., Finne-Soveri, H., Fries, B. E., Hirdes, J. P., . . . Arino-Blasco, S. (2008). Standardizing assessment of elderly people in acute care: the interRAI Acute Care instrument. *J Am Geriatr Soc*, 56(3), 536-541. doi: JGS1590 [pii]
10.1111/j.1532-5415.2007.01590.x
- Grimaldi, P. L. (1985). RUGs and "Medi-Cal" systems for classifying nursing home patients. *Health Prog*, 66(10), 50-57.
- Grimaldi, P. L. (2002). Prospective per diem rates for skilled nursing care. *J Health Care Finance*, 28(3), 49-62.
- Hansebo, G., Kihlgren, M., & Ljunggren, G. (1999). Review of nursing documentation in nursing home wards - changes after intervention for individualized care. *J Adv Nurs*, 29(6), 1462-1473.

- Hawes, C., Mor, V., Phillips, C. D., Fries, B. E., Morris, J. N., Steele-Friedlob, E., . . . Nennstiel, M. (1997). The OBRA-87 nursing home regulations and implementation of the Resident Assessment Instrument: effects on process quality. *J Am Geriatr Soc*, 45(8), 977-985.
- Hawes, C., Morris, J. N., Phillips, C. D., Fries, B. E., Murphy, K., & Mor, V. (1997). Development of the nursing home Resident Assessment Instrument in the USA. *Age Ageing*, 26 Suppl 2, 19-25.
- Hawes, C., Morris, J. N., Phillips, C. D., Mor, V., Fries, B. E., & Nonemaker, S. (1995). Reliability estimates for the Minimum Data Set for nursing home resident assessment and care screening (MDS). *Gerontologist*, 35(2), 172-178.
- Hawryluk, M. (1999). Final rule clarifies coverage issue. Medicare PPS covers five to eight days for the top RUG classifications. *Provider*, 25(10), 33-35.
- Hill-Westmoreland, E. E., & Gruber-Baldini, A. L. (2005). Falls documentation in nursing homes: agreement between the minimum data set and chart abstractions of medical and nursing documentation. *J Am Geriatr Soc*, 53(2), 268-273. doi: JGS53113 [pii]
10.1111/j.1532-5415.2005.53113.x
- Hirdes, J. P. (1997). Development of a crosswalk from the Minimum Data Set 2.0 to the Alberta Resident Classification System. *Healthc Manage Forum*, 10(1), 27-29, 32-24.
- Hirdes, J. P., Botz, C. A., Kozak, J., & Lepp, V. (1996). Identifying an appropriate case mix measure for chronic care: evidence from an Ontario pilot study. *Healthc Manage Forum*, 9(1), 40-46.
- Hirdes, J. P., Fries, B. E., Morris, J. N., Steel, K., Mor, V., Frijters, D., . . . Jonsson, P. (1999). Integrated health information systems based on the RAI/MDS series of instruments. *Healthc Manage Forum*, 12(4), 30-40.
- Hirdes, J. P., Frijters, D. H., & Teare, G. F. (2003). The MDS-CHESS scale: a new measure to predict mortality in institutionalized older people. *J Am Geriatr Soc*, 51(1), 96-100. doi: jgs51017 [pii]
- Hirdes, J. P., Ljunggren, G., Morris, J. N., Frijters, D. H., Finne Soveri, H., Gray, L., . . . Gilgen, R. (2008). Reliability of the interRAI suite of assessment instruments: a 12-country study of an integrated health information system. *BMC Health Serv Res*, 8, 277. doi: 1472-6963-8-277 [pii]
10.1186/1472-6963-8-277
- Hirdes, J. P., Smith, T. F., Rabinowitz, T., Yamauchi, K., Perez, E., Telegdi, N. C., . . . Fries, B. E. (2002). The Resident Assessment Instrument-Mental

- Health (RAI-MH): inter-rater reliability and convergent validity. *J Behav Health Serv Res*, 29(4), 419-432.
- Hogan, A. J., & Smith, D. W. (1987). Patient classification and resource allocation in Veterans Administration nursing homes. *ANS Adv Nurs Sci*, 9(3), 56-71.
- Huijbregts, M. P., Teare, G. F., McCullough, C., Kay, T. M., Streiner, D., Wong, S. K., . . . Otten, I. (2009). Standardization of the continuing care activity measure: a multicenter study to assess reliability, validity, and ability to measure change. *Phys Ther*, 89(6), 546-555. doi: ptj.20080287 [pii] 10.2522/ptj.20080287
- Iglesias, C., & Alonso Villa, M. J. (2005). A system of patient classification in long-term psychiatric inpatients: Resource Utilization Groups T-18 (RUG T-18). *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 12(1), 33-37. doi: JPM789 [pii] 10.1111/j.1365-2850.2004.00789.x
- Ikegami, N., Fries, B. E., Takagi, Y., Ikeda, S., & Ibe, T. (1994). Applying RUG-III in Japanese long-term care facilities. *Gerontologist*, 34(5), 628-639.
- Ikegami, N., Morris, J. N., & Fries, B. E. (1997). Low-care cases in long-term care settings: variation among nations. *Age Ageing*, 26 Suppl 2, 67-71.
- INE. (2014). Projeções de População Residente. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto da Segurança Social, I. P. (2006). Modelo de Avaliação da Qualidade - Estrutura Residencial para Idosos, from http://www2.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=21437&m=PDF
- Jacob, L. (2007). *Animação de Idosos*. Porto: Ambar
- Jacob, L., Pocinho, R., Fernandes, H., & Santos, E. (2013). *Envelhecimento e Economia Social*. Viseu: Psicosoma.
- Jensdottir, A. B., Rantz, M., Hjaltadottir, I., Gudmundsdottir, H., Rook, M., & Grando, V. (2003). International comparison of quality indicators in United States, Icelandic and Canadian nursing facilities. *Int Nurs Rev*, 50(2), 79-84. doi: 163 [pii]
- Jervis, L. L. (2002). Working in and around the 'chain of command': power relations among nursing staff in an urban nursing home. *Nurs Inq*, 9(1), 12-23.

- Jones, R. N., Hirdes, J. P., Poss, J. W., Kelly, M., Berg, K., Fries, B. E., & Morris, J. N. (2010). Adjustment of nursing home quality indicators. *BMC Health Serv Res*, 10, 96. doi: 1472-6963-10-96 [pii]
10.1186/1472-6963-10-96
- Jorgensen, L. M., el Kholy, K., Damkjaer, K., Deis, A., & Schroll, M. (1997). "RAI"--an international system for assessment of nursing home residents. *Ugeskr Laeger*, 159(43), 6371-6376.
- Kalache, A., Veras, R. P., & Ramos, L. R. (1987). [The aging of the world population. A new challenge]. *Rev Saude Publica*, 21(3), 200-210.
- Kane, R. A., Lum, T. Y., Cutler, L. J., Degenholtz, H. B., & Yu, T. C. (2007). Resident outcomes in small-house nursing homes: a longitudinal evaluation of the initial green house program. *J Am Geriatr Soc*, 55(6), 832-839. doi: JGS1169 [pii]
10.1111/j.1532-5415.2007.01169.x
- Kane, R. L., Garrard, J., Skay, C. L., Radosevich, D. M., Buchanan, J. L., McDermott, S. M., . . . Kepferle, L. (1989). Effects of a geriatric nurse practitioner on process and outcome of nursing home care. *Am J Public Health*, 79(9), 1271-1277.
- Kane, R. L., & Kane, R. A. (2000). Assessment in long-term care. *Annu Rev Public Health*, 21, 659-686. doi: 10.1146/annurev.publhealth.21.1.659
- Karam, S. E., & Nies, D. M. (1995). Nursing home staff--nursing student partnership. *Nurs Manage*, 26(10), 48NN, 48PP.
- Kim, E. K. (2003). [Resource use of the elderly in long-term care hospital using RUG-III]. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 33(2), 275-283. doi: 200306275 [pii]
- Kim, E. K., Park, H. Y., & Kim, C. Y. (2004). [On the feasibility of a RUG-III based payment system for long-term care facilities in Korea]. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 34(2), 278-289. doi: 200404278 [pii]
- Knapp, M. T. (1999). Nurses' basic guide to understanding the Medicare PPS. *Nurs Manage*, 30(5), 14-15.
- Knapp, R. E. (1983). The development of outpatient DRGs. *J Ambul Care Manage*, 6(2), 1-11.
- Koehler, M., Rabinowitz, T., Hirdes, J., Stones, M., Carpenter, G. I., Fries, B. E., . . . Jones, R. N. (2005). Measuring depression in nursing home residents with the MDS and GDS: an observational psychometric study. *BMC Geriatr*, 5, 1. doi: 1471-2318-5-1 [pii]
10.1186/1471-2318-5-1

- Laine, J. (2006). RUG-III for exploring the association between staffing levels and cost-efficiency in nursing facility care in Finland. *Health Care Management Review*, 31(1), 73-77.
- Laine, J., Linna, M., Hakkinen, U., & Noro, A. (2005). Measuring the productive efficiency and clinical quality of institutional long-term care for the elderly. *Health Econ*, 14(3), 245-256. doi: 10.1002/hec.926
- Laine, J., Linna, M., Noro, A., & Hakkinen, U. (2005). The cost efficiency and clinical quality of institutional long-term care for the elderly. *Health Care Manag Sci*, 8(2), 149-156.
- Laine, J., Noro, A., Finne-Soveri, H., & Hakkinen, U. (2005). Patient- and ward-level determinants of nursing time in nursing facilities. *J Health Serv Res Policy*, 10(4), 226-231. doi: 10.1258/135581905774414178
- Lasch, V., & Reimann, K. (2006). Ageing and Demographic Change: European Research Resources. In G. M. Backes, V. Lasch & K. Reimann (Eds.), *Gender, Health and Ageing* (pp. 227-240): VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Leiken, A., Sexton, T. R., & Silkman, R. H. (1986). A model to assess the quality-cost tradeoff in nursing homes. *Health Serv Res*, 21(2 Pt 1), 145-160.
- Li, Y., Cai, X., Glance, L. G., Spector, W. D., & Mukamel, D. B. (2009). National release of the nursing home quality report cards: implications of statistical methodology for risk adjustment. *Health Serv Res*, 44(1), 79-102. doi: HESR910 [pii]
10.1111/j.1475-6773.2008.00910.x
- Ljunggren, G. (1992). Case-mix analyses in long-term care institutions in Stockholm. *Scand J Prim Health Care*, 10(2), 151-156.
- Ljunggren, G., & Brandt, L. (1996). Predicting nursing home length of stay and outcome with a resource-based classification system. *Int J Technol Assess Health Care*, 12(1), 72-79.
- Ljunggren, G., Phillips, C. D., & Sgadari, A. (1997). Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. *Age Ageing*, 26 Suppl 2, 43-47.
- Marin, P. P., Gac, H., Hoyl, T., Carrasco, M., Duery, P., Cabezas, M., . . . Valenzuela, E. (2004). [A comparative study of institutionalized nonagenarian and younger elderly women]. *Rev Med Chil*, 132(1), 33-39.
- Marin, P. P., Hoyl, T., Gac, H., Carrasco, M., Duery, P., Petersen, K., . . . Castro, S. (2004). [Assessment of 1497 Chilean nursing home residents,

- using the Resource Utilization Group method, RUG T-18]. *Rev Med Chil*, 132(6), 701-706.
- Marin, P. P., Valenzuela, E., Castro, S., Rodriguez, F., Molina, O., Cubillos, A. M., . . . Gomez, G. (1998). [Application of RUG-T18 classification system to elderly patients admitted to a university hospital]. *Rev Med Chil*, 126(7), 761-768.
- Martín, I., & Lopes, E. (2008). Políticas sociais gerontológicas. *Rediteia*, 41, 44-46.
- Martin, L., Fries, B. E., Hirdes, J. P., & James, M. (2011). Using the RUG--III classification system for understanding the resource intensity of persons with intellectual disability residing in nursing homes. *J Intellect Disabil*, 15(2), 131-141. doi: 15/2/131 [pii]
10.1177/1744629511413506
- Martin, L., Poss, J. W., Hirdes, J. P., Jones, R. N., Stones, M. J., & Fries, B. E. (2008). Predictors of a new depression diagnosis among older adults admitted to complex continuing care: implications for the depression rating scale (DRS). *Age Ageing*, 37(1), 51-56. doi: afm162 [pii]
10.1093/ageing/afm162
- Mattiasson, A. C., & Andersson, L. (1994). Staff attitude and experience in dealing with rational nursing home patients who refuse to eat and drink. *J Adv Nurs*, 20(5), 822-827.
- Medicare program; prospective payment system and consolidated billing for skilled nursing facilities for FY 2010; minimum data set, version 3.0 for skilled nursing facilities and Medicaid nursing facilities. Final rule. (2009). *Fed Regist*, 74(153), 40287-40395.
- MedPAC suggests modifications to SNF PPS system, new RUG III group may be an option. (1999). *Natl Rep Subacute Care*, 7(5), 3-5.
- Mehr, D. R., Fries, B. E., & Williams, B. C. (1993). How different are VA nursing home residents? *J Am Geriatr Soc*, 41(10), 1095-1101.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci*, 23(1), 12-28.
- Meyer, H. (1998). RUG burn. *Hosp Health Netw*, 72(11), 24-26.
- Mezey, M., Boltz, M., Esterson, J., & Mitty, E. (2005). Evolving models of Geriatric Nursing care. *Geriatr Nurs*, 26(1), 11-15. doi: S0197457204004197 [pii]

10.1016/j.gerinurse.2004.11.012

Mezey, M. D., Mitty, E. L., & Burger, S. G. (2008). Rethinking teaching nursing homes: potential for improving long-term care. *Gerontologist*, 48(1), 8-15. doi: 48/1/8 [pii]

Miller, J., Birnie, S., Douglas, C., Dutton, K., & Elliott, P. (2005). Implementing the single assessment process using the Minimum Data Set-Home Care (MDS-HC): an observational study. *Nurs Older People*, 17(6), 18-22.

Mills, R., Fetter, R. B., Riedel, D. C., & Averill, R. (1976). AUTOGRP: an interactive computer system for the analysis of health care data. *Med Care*, 14(7), 603-615.

Mitchell, S. L., Kiely, D. K., Hamel, M. B., Park, P. S., Morris, J. N., & Fries, B. E. (2004). Estimating prognosis for nursing home residents with advanced dementia. *JAMA*, 291(22), 2734-2740. doi: 10.1001/jama.291.22.2734 291/22/2734 [pii]

Mitty, E. L. (1988). Resource utilization groups. DRGs move to long-term care. *Nurs Clin North Am*, 23(3), 539-557.

Mor, V., Angelelli, J., Jones, R., Roy, J., Moore, T., & Morris, J. (2003). Inter-rater reliability of nursing home quality indicators in the U.S. *BMC Health Serv Res*, 3(1), 20. doi: 10.1186/1472-6963-3-20 1472-6963-3-20 [pii]

Morris, J. N., Fries, B. E., Steel, K., Ikegami, N., Bernabei, R., Carpenter, G. I., . . . Topinkova, E. (1997). Comprehensive clinical assessment in community setting: applicability of the MDS-HC. *J Am Geriatr Soc*, 45(8), 1017-1024.

Morris, J. N., Hawes, C., Fries, B. E., Phillips, C. D., Mor, V., Katz, S., . . . Friedlob, A. S. (1990). Designing the national resident assessment instrument for nursing homes. *Gerontologist*, 30(3), 293-307.

Mosher-Ashley, P. M., Turner, B. F., & O'Neill, D. (1991). Attitudes of nursing and rest home administrators toward deinstitutionalized elders with psychiatric disorders. *Community Ment Health J*, 27(4), 241-253.

MTSS. (2013). Implementação e Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

Mueller, C. (2000). The RUG-III case mix classification system for long-term care nursing facilities: is it adequate for nurse staffing? *J Nurs Adm*, 30(11), 535-543.

- Mukamel, D. B., Glance, L. G., Li, Y., Weimer, D. L., Spector, W. D., Zinn, J. S., & Mosqueda, L. (2008). Does risk adjustment of the CMS quality measures for nursing homes matter? *Med Care*, 46(5), 532-541. doi: 10.1097/MLR.0b013e31816099c5
00005650-200805000-00012 [pii]
- Mukamel, D. B., Weimer, D. L., Spector, W. D., Ladd, H., & Zinn, J. S. (2008). Publication of quality report cards and trends in reported quality measures in nursing homes. *Health Serv Res*, 43(4), 1244-1262. doi: HESR829 [pii]
10.1111/j.1475-6773.2007.00829.x
- Natan, M. B. (2009). Coordinating the roles of nursing home staff and families of elderly nursing home residents. *J Nurs Care Qual*, 24(4), 332-339. doi: 10.1097/NCQ.0b013e3181a8b257
00001786-200910000-00009 [pii]
- New RUG categories unlikely for first year of SNF PPS. (1997). *Natl Rep Subacute Care*, 5(22), 1-2.
- Novo, A. (2009). *Evaluación funcional y efectos de un entrenamiento aeróbico en pacientes hemodializados con insuficiencia renal crónica*. Tese de Doutoramento em Ciências de la Actividad Física y del Deporte, Universidad de León, León. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10198/2624>
- Nyman, J. A., Levey, S., & Rohrer, J. E. (1987). RUGs and equity of access to nursing home care. *Med Care*, 25(5), 361-372.
- Old Europe. (2004). [Article]. *Economist*, 372(8395), 49-50.
- Olenek, K., Skowronski, T., & Schmaltz, D. (2003). Geriatric nursing assessment. *J Gerontol Nurs*, 29(8), 5-9.
- ONU. (2005). *Living Arrangements of Older Persons Around the World* United States of America: United Nations Publications.
- ONU. (2009). *World Population Ageing*. United States.
- Paúl, M. C. (1992). Satisfação de vida em idosos. *Psychologica*, 8, 61-80.
- Paúl, M. C. (1996). *Psicologia dos Idosos: O envelhecimento em meios urbanos*. Braga: S.H.O.
- Pereira, F. A., Galvão, A. M. N. P., Fernandes, A. M. P. d. S., Novo, A. F. M. P., Magalhães, C. P., Antão, C. d. C. M., . . . Costa, R. M. T. d. (2012). *Teoria e Prática da Gerontologia: Um Guia para Cuidadores de Idosos*. Viseu: PsicoSoma.

- Phillips, C. D., & Hawes, C. (1992). Nursing home case-mix classification and residents suffering from cognitive impairment: RUG-II and cognition in the Texas case-mix data base. *Med Care*, 30(2), 105-116.
- Phillips, C. D., Hawes, C., & Fries, B. E. (1993). Reducing the use of physical restraints in nursing homes: will it increase costs? *Am J Public Health*, 83(3), 342-348.
- Phillips, C. D., Holan, S., Sherman, M., Williams, M. L., & Hawes, C. (2004). Rurality and nursing home quality: results from a national sample of nursing home admissions. *Am J Public Health*, 94(10), 1717-1722. doi: 94/10/1717 [pii]
- Phillips, C. D., Zimmerman, D., Bernabei, R., & Jonsson, P. V. (1997). Using the Resident Assessment Instrument for quality enhancement in nursing homes. *Age Ageing*, 26 Suppl 2, 77-81.
- Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família* (2 ed.). Coimbra: Quarteto.
- Porto, S., Martins, M., Travassos, C., & Viacava, F. (2007). [Evaluation of a methodology for financial resources allocation in Brazilian health sector]. *Cad Saude Publica*, 23(6), 1393-1404. doi: S0102-311X2007000600014 [pii]
- Poss, J. W., Hirdes, J. P., Fries, B. E., McKillop, I., & Chase, M. (2008). Validation of Resource Utilization Groups version III for Home Care (RUG-III/HC): evidence from a Canadian home care jurisdiction. *Med Care*, 46(4), 380-387. doi: 10.1097/MLR.0b013e31815c3b6c 00005650-200804000-00007 [pii]
- Powell, J. (2010). The Power of Global Aging. *Ageing International*, 35(1), 1-14. doi: 10.1007/s12126-010-9051-6
- Punch, L. (1983). Market predictions give CHI an edge in rug-of-war for healthcare dollars. *Mod Healthc*, 13(9), 120-122.
- Rahman, A. N., & Applebaum, R. A. (2009). The nursing home Minimum Data Set assessment instrument: manifest functions and unintended consequences--past, present, and future. *Gerontologist*, 49(6), 727-735. doi: gnp066 [pii] 10.1093/geront/gnp066
- Rantz, M., Jensdottir, A. B., Hjaltadottir, I., Gudmundsdottir, H., Sigurveig Gudjonsdottir, J., Brunton, B., & Rook, M. (2002). International field test results of the Observable Indicators of Nursing Home Care Quality instrument. *Int Nurs Rev*, 49(4), 234-242. doi: 143 [pii]

- Rantz, M. J., Hicks, L., Grando, V., Petroski, G. F., Madsen, R. W., Mehr, D. R., . . . Maas, M. (2004). Nursing home quality, cost, staffing, and staff mix. *Gerontologist*, 44(1), 24-38.
- Rantz, M. J., Mehr, D. R., Petroski, G. F., Madsen, R. W., Popejoy, L. L., Hicks, L. L., . . . Maas, M. (2000). Initial field testing of an instrument to measure: observable indicators of nursing home care quality. *J Nurs Care Qual*, 14(3), 1-12.
- Rantz, M. J., Petroski, G. F., Madsen, R. W., Mehr, D. R., Popejoy, L., Hicks, L. L., . . . Grando, V. (2000). Setting thresholds for quality indicators derived from MDS data for nursing home quality improvement reports: an update. *Jt Comm J Qual Improv*, 26(2), 101-110.
- Rantz, M. J., Popejoy, L., Zwygart-Stauffacher, M., Wipke-Tevis, D., & Grando, V. T. (1999). Minimum Data Set and Resident Assessment Instrument. Can using standardized assessment improve clinical practice and outcomes of care? *J Gerontol Nurs*, 25(6), 35-43; quiz 54-35.
- Rantz, M. J., Zwygart-Stauffacher, M., Popejoy, L., Grando, V. T., Mehr, D. R., Hicks, L. L., . . . Scott, J. (1999). Nursing home care quality: a multidimensional theoretical model integrating the views of consumers and providers. *J Nurs Care Qual*, 14(1), 16-37; quiz 85-17.
- Rao, M. (1992). Aging policies and programs: New century—New Hopes—New challenges. *Ageing International*, 19(4), 1-10. doi: 10.1007/bf03032422
- Reed, J., Watson, B., & Cook, M. (2007). Assessing the Registered Nursing Care Contribution for older people in care homes: issues of reliability and validity. *Health Soc Care Community*, 15(2), 136-145. doi: HSC668 [pii] 10.1111/j.1365-2524.2006.00668.x
- Resende Oliveira, C. (2001). Research on aging in Portugal. *Exp Gerontol*, 36(10), 1599-1607. doi: S0531556501001528 [pii]
- Ribbe, M. W., Ljunggren, G., Steel, K., Topinkova, E., Hawes, C., Ikegami, N., . . . Jonnson, P. V. (1997). Nursing homes in 10 nations: a comparison between countries and settings. *Age Ageing*, 26 Suppl 2, 3-12.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel.
- Ribeiro, O., & Paúl, M. C. (2012). *Manual de Gerontologia - Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: Lidel.

- Rosenfield, S. B., & Zimmet, M. (1998). Avoiding RUG burn. Time MDS (minimum data set) assessments right to collect proper payment. *Contemp Longterm Care*, 21(7), 31.
- Royo, M. T. B., & Sanz, B. G. (2006). *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional* (2 ed.). Madrid: Médica Panamericana.
- Santana, S., Dias, A., Souza, E., & Rocha, N. (2007). The Domiciliary Support Service in Portugal and the change of paradigm in care provision. *Int J Integr Care*, 7, e01.
- Schneider, D. P., Fries, B. E., Foley, W. J., Desmond, M., & Gormley, W. J. (1988). Case mix for nursing home payment: resource utilization groups, version II. *Health Care Financ Rev, Spec No*, 39-52.
- Schnelle, J. F., Bates-Jensen, B. M., Chu, L., & Simmons, S. F. (2004). Accuracy of nursing home medical record information about care-process delivery: implications for staff management and improvement. *J Am Geriatr Soc*, 52(8), 1378-1383. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52372.x
JGS52372 [pii]
- Schultz, B. M., Ward, D., & Knickman, J. R. (1994). RUG-II (Resource Utilization Group, Version II) impacts on long-term care facilities in New York. *Health Care Financ Rev*, 16(2), 85-99.
- Selikson, S., & Ellsworth, B. (1987). Resource utilization groups: a clinical dilemma. *J Am Geriatr Soc*, 35(11), 1034-1035.
- Sgadari, A., Morris, J. N., Fries, B. E., Ljunggren, G., Jonsson, P. V., DuPaquier, J. N., & Schroll, M. (1997). Efforts to establish the reliability of the Resident Assessment Instrument. *Age Ageing*, 26 Suppl 2, 27-30.
- Sgadari, A., Topinkova, E., Bjornson, J., & Bernabei, R. (1997). Urinary incontinence in nursing home residents: a cross-national comparison. *Age Ageing*, 26 Suppl 2, 49-54.
- Shugarman, L. R., Fries, B. E., & James, M. (1999). A comparison of home care clients and nursing home residents: can community based care keep the elderly and disabled at home? *Home Health Care Serv Q*, 18(1), 25-45.
- Simmons, S. F., & Schnelle, J. F. (2006). Feeding assistance needs of long-stay nursing home residents and staff time to provide care. *J Am Geriatr Soc*, 54(6), 919-924. doi: JGS812 [pii]
10.1111/j.1532-5415.2006.00812.x
- Smith, D. W., Hogan, A. J., & Rohrer, J. E. (1987). Activities of daily living as quantitative indicators of nursing effort. *Med Care*, 25(2), 120-130.

- Smith, J., & Jolley, S. (1999). Are high rehab RUG scores really for you? *Contemp Longterm Care*, 22(5), 21-22.
- Spector, W. D., Limcangco, M. R., Ladd, H., & Mukamel, D. (2011). Incremental cost of postacute care in nursing homes. *Health Serv Res*, 46(1 Pt 1), 105-119. doi: 10.1111/j.1475-6773.2010.01189.x
- Starkey, K. B., Weech-Maldonado, R., & Mor, V. (2005). Market competition and quality of care in the nursing home industry. *J Health Care Finance*, 32(1), 67-81.
- Steel, K., Jonsson, P. V., Dupasquier, J. N., Gilgen, R., Hirdes, J., Schroll, M., . . . Bjornson, J. (1999). Systems of care for frail older persons. *InterRAI. Trans Am Clin Climatol Assoc*, 110, 30-35; discussion 35-37.
- Steel, K., Sherwood, S., & Ribbe, M. W. (1997). The future: a person-specific standardized assessment instrument. *Age Ageing*, 26 Suppl 2, 83-85.
- Stineman, M. G. (1997). Measuring casemix, severity, and complexity in geriatric patients undergoing rehabilitation. *Med Care*, 35(6 Suppl), JS90-105; discussion JS106-112.
- Stoll, H. G. (1967). [Contribution to rug therapy of deafness of the inner ear and tinnitus]. *Med Welt*, 16, 1034-1037.
- Straker, J. K., & Bailer, A. J. (2008). A review and characterization of the MDS process in nursing homes. *J Gerontol Nurs*, 34(10), 36-44.
- Taunton, R. L., Swagerty, D. L., Smith, B., Lasseter, J. A., & Lee, R. H. (2004). Care planning for nursing home residents: incorporating the Minimum Data Set requirements into practice. *J Gerontol Nurs*, 30(12), 40-49.
- Thomesen, M. (1996). The resource utilization groups system of nursing home reimbursement policies: influences on occupational therapy practice. *Am J Occup Ther*, 50(10), 790-797.
- Thorpe, K. E., Gertler, P. J., & Goldman, P. (1991). The resource utilization group system: its effect on nursing home case mix and costs. *Inquiry*, 28(4), 357-365.
- Topinkova, E., Neuwirth, J., Mellanova, A., Stankova, M., & Haas, T. (2000). [Case-mix classification in post-acute and long-term care. Validation of Resource Utilization Groups III (RUG-III) in the Czech Republic]. *Cas Lek Cesk*, 139(2), 42-48.
- Unruh, L., & Wan, T. T. (2004). A systems framework for evaluating nursing care quality in nursing homes. *J Med Syst*, 28(2), 197-214.

- Urquhart, J., Kennie, D. C., Murdoch, P. S., Smith, R. G., & Lennox, I. (1999). Costing for long-term care: the development of Scottish health service resource utilization groups as a casemix instrument. *Age Ageing*, 28(2), 187-192.
- Wadensten, B., & Carlsson, M. (2003). Nursing theory views on how to support the process of ageing. *J Adv Nurs*, 42(2), 118-124. doi: 2594 [pii]
- Wan, T. T. (2003). Nursing care quality in nursing homes: cross-sectional versus longitudinal analysis. *J Med Syst*, 27(3), 283-295.
- Wang, Y. C., Byers, K. L., & Velozo, C. A. (2008). Rasch analysis of Minimum Data Set mandated in skilled nursing facilities. *J Rehabil Res Dev*, 45(9), 1385-1399.
- Webster, J. (2004). Person-centred assessment with older people. *Nurs Older People*, 16(3), 22-27; quiz 28.
- Werner, R. M., Konetzka, R. T., & Kruse, G. B. (2009). Impact of public reporting on unreported quality of care. *Health Serv Res*, 44(2 Pt 1), 379-398. doi: HESR915 [pii]
10.1111/j.1475-6773.2008.00915.x
- White, C., Pizer, S. D., & White, A. J. (2002). Assessing the RUG-III resident classification system for skilled nursing facilities. *Health Care Financing Review*, 24(2), 7-15.
- White House, Congress coming to consensus on need for SNF PPS fix; Hatch to introduce bill providing payment add-ons for 15 RUG groups. (1999). *Natl Rep Subacute Care*, 7(15), 1-2.
- WHO. (2011). Global Health and Aging.
- Wodchis, W. P., Fries, B. E., & Pollack, H. (2004). Payer incentives and physical rehabilitation therapy for nonelderly institutional long-term care residents: evidence from Michigan and Ontario. *Arch Phys Med Rehabil*, 85(2), 210-217. doi: S0003999303006166 [pii]
- Wodchis, W. P., Teare, G. F., Naglie, G., Bronskill, S. E., Gill, S. S., Hillmer, M. P., . . . Fries, B. E. (2005). Skilled nursing facility rehabilitation and discharge to home after stroke. *Arch Phys Med Rehabil*, 86(3), 442-448. doi: S0003999304011682 [pii]
10.1016/j.apmr.2004.06.067
- Worden, A., Challis, D., Hancock, G., Woods, R., & Orrell, M. (2008). Identifying need in care homes for people with dementia: the relationship between two

- standard assessment tools. *Aging Ment Health*, 12(6), 719-728. doi: 905728094 [pii]
10.1080/13607860802154382
- Young, H. M., Sikma, S. K., Johnson Trippett, L. S., Shannon, J., & Blachly, B. (2006). Linking theory and gerontological nursing practice in senior housing. *Geriatr Nurs*, 27(6), 346-354. doi: S0197-4572(06)00240-0 [pii]
10.1016/j.gerinurse.2006.08.014
- Zbylot, S., Job, C., McCormick, E., Boulter, C., & Moore, A. (1995). A case-mix classification system for long-term care facilities. *Nurs Manage*, 26(4), 49-50, 52, 54.
- Zimmerman, D. R. (2003). Improving nursing home quality of care through outcomes data: the MDS quality indicators. *Int J Geriatr Psychiatry*, 18(3), 250-257. doi: 10.1002/gps.820

ANEXOS

**Anexo I – RAI-MDS (Resident Assessment Instrument - Minimum
Data Set)**

MINIMUM DATA SET (MDS) - Version 3.0

RESIDENT ASSESSMENT AND CARE SCREENING

ALL ITEM LISTING

Section A Identification Information

A0100. Facility Provider Numbers

A. National Provider Identifier (NPI):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

B. CMS Certification Number (CCN):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

C. State Provider Number:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A0200. Type of Provider

Enter Code

Type of provider

1. Nursing home (SNF/NF)
2. Swing Bed

A0310. Type of Assessment

Enter Code

--	--

A. Federal OBRA Reason for Assessment

01. Admission assessment (required by day 14)
02. Quarterly review assessment
03. Annual assessment
04. Significant change in status assessment
05. Significant correction to prior comprehensive assessment
06. Significant correction to prior quarterly assessment
99. Not OBRA required assessment

Enter Code

--	--

B. PPS Assessment

PPS Scheduled Assessments for a Medicare Part A Stay

01. 5-day scheduled assessment
02. 14-day scheduled assessment
03. 30-day scheduled assessment
04. 60-day scheduled assessment
05. 90-day scheduled assessment
06. Readmission/return assessment

PPS Unscheduled Assessments for a Medicare Part A Stay

07. Unscheduled assessment used for PPS (OMRA, significant or clinical change, or significant correction assessment)

Not PPS Assessment

99. Not PPS assessment

Enter Code

C. PPS Other Medicare Required Assessment - OMRA

0. No
1. Start of therapy assessment
2. End of therapy assessment
3. Both Start and End of therapy assessment

Enter Code

D. Is this a Swing Bed clinical change assessment? Complete only if A0200 = 2

0. No
1. Yes

Enter Code

E. Is this assessment the first assessment (OBRA, PPS, or Discharge) since the most recent admission?

0. No
1. Yes

Enter Code

--	--

F. Entry/discharge reporting

01. Entry record
10. Discharge assessment-return not anticipated
11. Discharge assessment-return anticipated
12. Death in facility record
99. Not entry/discharge record

Section A Identification Information

A0410. Submission Requirement

Enter Code

☐

1. **Neither federal nor state required submission**
2. **State but not federal required submission** (FOR NURSING HOMES ONLY)
3. **Federal required submission**

A0500. Legal Name of Resident

A. First name:

B. Middle initial:

C. Last name:

D. Suffix:

A0600. Social Security and Medicare Numbers

A. Social Security Number:

B. Medicare number (or comparable railroad insurance number):

A0700. Medicaid Number - Enter "+" if pending, "N" if not a Medicaid recipient

A0800. Gender

Enter Code

☐

1. **Male**
2. **Female**

A0900. Birth Date

Month

Day

Year

A1000. Race/Ethnicity

↓ Check all that apply

☐

A. American Indian or Alaska Native

☐

B. Asian

☐

C. Black or African American

☐

D. Hispanic or Latino

☐

E. Native Hawaiian or Other Pacific Islander

☐

F. White

A1100. Language

Enter Code

☐

A. Does the resident need or want an interpreter to communicate with a doctor or health care staff?

0. **No**
1. **Yes** → Specify in A1100B, Preferred language
9. **Unable to determine**

B. Preferred language:

Identification Information

A1200. Marital Status

1. **Never married**
2. **Married**
3. **Widowed**
4. **Separated**
5. **Divorced**

A1300. Optional Resident Items

[illegible]

A1500. Preadmission Screening and Resident Review (PASRR)

Complete only if A0310A = 01

Has the resident been evaluated by Level II PASRR and determined to have a serious mental illness and/or mental retardation or a related condition?

0. **No**

1. **Yes**

9. **Not a Medicaid certified unit**

A1550. Conditions Related to MR/DD Status

If the resident is 22 years of age or older, complete only if A0310A = 01

If the resident is 21 years of age or younger, complete only if A0310A = 01, 03, 04, or 05

↓ **Check all conditions that are related to MR/DD status** that were manifested before age 22, and are likely to continue indefinitely

MR/DD With Organic Condition
A. Down syndrome
B. Autism
C. Epilepsy
D. Other organic condition related to MR/DD
MR/DD Without Organic Condition
E. MR/DD with no organic condition
No MR/DD
Z. None of the above

A1600. Entry Date (date of this admission/reentry into the facility)

		–			–				
Month			Day			Year			

A1700. Type of Entry

1. **Admission**
2. **Reentry**

Section A Identification Information

A1800. Entered From

Enter Code	01. Community (private home/apt., board/care, assisted living, group home) 02. Another nursing home or swing bed 03. Acute hospital 04. Psychiatric hospital 05. Inpatient rehabilitation facility 06. MR/DD facility 07. Hospice 99. Other
------------	--

A2000. Discharge Date

Complete only if A0310F = 10, 11, or 12

	<div style="display: flex; align-items: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div>–</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div>–</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> Month Day Year </div>
--	---

A2100. Discharge Status

Complete only if A0310F = 10, 11, or 12

Enter Code	01. Community (private home/apt., board/care, assisted living, group home) 02. Another nursing home or swing bed 03. Acute hospital 04. Psychiatric hospital 05. Inpatient rehabilitation facility 06. MR/DD facility 07. Hospice 08. Deceased 99. Other
------------	---

A2200. Previous Assessment Reference Date for Significant Correction

Complete only if A0310A = 05 or 06

	<div style="display: flex; align-items: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div>–</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div>–</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> Month Day Year </div>
--	---

A2300. Assessment Reference Date

	Observation end date: <div style="display: flex; align-items: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div>–</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div>–</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> Month Day Year </div>
--	---

A2400. Medicare Stay

Enter Code	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>
	A. Has the resident had a Medicare-covered stay since the most recent entry? 0. No → Skip to B0100, Comatose 1. Yes → Continue to A2400B, Start date of most recent Medicare stay B. Start date of most recent Medicare stay: <div style="display: flex; align-items: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div>–</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div>–</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> Month Day Year </div> C. End date of most recent Medicare stay - Enter dashes if stay is ongoing: <div style="display: flex; align-items: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div>–</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div>–</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> Month Day Year </div>

Look back period for all items is 7 days unless another time frame is indicated

Section B Hearing, Speech, and Vision

B0100. Comatose

- Enter Code ☐
- Persistent vegetative state/no discernible consciousness**
0. **No** → Continue to B0200, Hearing
 1. **Yes** → Skip to G0110, Activities of Daily Living (ADL) Assistance

B0200. Hearing

- Enter Code ☐
- Ability to hear** (with hearing aid or hearing appliances if normally used)
0. **Adequate** - no difficulty in normal conversation, social interaction, listening to TV
 1. **Minimal difficulty** - difficulty in some environments (e.g., when person speaks softly or setting is noisy)
 2. **Moderate difficulty** - speaker has to increase volume and speak distinctly
 3. **Highly impaired** - absence of useful hearing

B0300. Hearing Aid

- Enter Code ☐
- Hearing aid or other hearing appliance used** in completing B0200, Hearing
0. **No**
 1. **Yes**

B0600. Speech Clarity

- Enter Code ☐
- Select best description of speech pattern**
0. **Clear speech** - distinct intelligible words
 1. **Unclear speech** - slurred or mumbled words
 2. **No speech** - absence of spoken words

B0700. Makes Self Understood

- Enter Code ☐
- Ability to express ideas and wants**, consider both verbal and non-verbal expression
0. **Understood**
 1. **Usually understood** - difficulty communicating some words or finishing thoughts **but** is able if prompted or given time
 2. **Sometimes understood** - ability is limited to making concrete requests
 3. **Rarely/never understood**

B0800. Ability To Understand Others

- Enter Code ☐
- Understanding verbal content, however able** (with hearing aid or device if used)
0. **Understands** - clear comprehension
 1. **Usually understands** - misses some part/intent of message **but** comprehends most conversation
 2. **Sometimes understands** - responds adequately to simple, direct communication only
 3. **Rarely/never understands**

B1000. Vision

- Enter Code ☐
- Ability to see in adequate light** (with glasses or other visual appliances)
0. **Adequate** - sees fine detail, including regular print in newspapers/books
 1. **Impaired** - sees large print, but not regular print in newspapers/books
 2. **Moderately impaired** - limited vision; not able to see newspaper headlines but can identify objects
 3. **Highly impaired** - object identification in question, but eyes appear to follow objects
 4. **Severely impaired** - no vision or sees only light, colors or shapes; eyes do not appear to follow objects

B1200. Corrective Lenses

- Enter Code ☐
- Corrective lenses (contacts, glasses, or magnifying glass) used** in completing B1000, Vision
0. **No**
 1. **Yes**

Section C Cognitive Patterns

C0100. Should Brief Interview for Mental Status (C0200-C0500) be Conducted?

Attempt to conduct interview with all residents

Enter Code

☐

0. **No** (resident is rarely/never understood) → Skip to and complete C0700-C1000, Staff Assessment for Mental Status
1. **Yes** → Continue to C0200, Repetition of Three Words

Brief Interview for Mental Status (BIMS)

C0200. Repetition of Three Words

Enter Code

☐

Ask resident: *"I am going to say three words for you to remember. Please repeat the words after I have said all three. The words are: **sock, blue, and bed.** Now tell me the three words."*

Number of words repeated after first attempt

0. **None**
1. **One**
2. **Two**
3. **Three**

After the resident's first attempt, repeat the words using cues (*"sock, something to wear; blue, a color; bed, a piece of furniture"*). You may repeat the words up to two more times.

C0300. Temporal Orientation (orientation to year, month, and day)

Enter Code

☐

Ask resident: *"Please tell me what year it is right now."*

A. Able to report correct year

0. **Missed by > 5 years** or no answer
1. **Missed by 2-5 years**
2. **Missed by 1 year**
3. **Correct**

Enter Code

☐

Ask resident: *"What month are we in right now?"*

B. Able to report correct month

0. **Missed by > 1 month** or no answer
1. **Missed by 6 days to 1 month**
2. **Accurate within 5 days**

Enter Code

☐

Ask resident: *"What day of the week is today?"*

C. Able to report correct day of the week

0. **Incorrect** or no answer
1. **Correct**

C0400. Recall

Enter Code

☐

Ask resident: *"Let's go back to an earlier question. What were those three words that I asked you to repeat?"*
If unable to remember a word, give cue (something to wear; a color; a piece of furniture) for that word.

A. Able to recall "sock"

0. **No** - could not recall
1. **Yes, after cueing** ("something to wear")
2. **Yes, no cue required**

Enter Code

☐

B. Able to recall "blue"

0. **No** - could not recall
1. **Yes, after cueing** ("a color")
2. **Yes, no cue required**

Enter Code

☐

C. Able to recall "bed"

0. **No** - could not recall
1. **Yes, after cueing** ("a piece of furniture")
2. **Yes, no cue required**

C0500. Summary Score

☐

Enter Score

Add scores for questions C0200-C0400 and fill in total score (00-15)

Enter 99 if unable to complete one or more questions of the interview

Section C**Cognitive Patterns****C0600. Should the Staff Assessment for Mental Status (C0700 - C1000) be Conducted?**

Enter Code

☐

0. **No** (resident was able to complete interview) → Skip to C1300, Signs and Symptoms of Delirium
 1. **Yes** (resident was unable to complete interview) → Continue to C0700, Short-term Memory OK

Staff Assessment for Mental Status

Do not conduct if Brief Interview for Mental Status (C0200-C0500) was completed

C0700. Short-term Memory OK

Enter Code

☐**Seems or appears to recall after 5 minutes**

0. **Memory OK**
 1. **Memory problem**

C0800. Long-term Memory OK

Enter Code

☐**Seems or appears to recall long past**

0. **Memory OK**
 1. **Memory problem**

C0900. Memory/Recall Ability

↓ Check all that the resident was normally able to recall

☐**A. Current season**☐**B. Location of own room**☐**C. Staff names and faces**☐**D. That he or she is in a nursing home**☐**Z. None of the above** were recalled**C1000. Cognitive Skills for Daily Decision Making**

Enter Code

☐**Made decisions regarding tasks of daily life**

0. **Independent** - decisions consistent/reasonable
 1. **Modified independence** - some difficulty in new situations only
 2. **Moderately impaired** - decisions poor; cues/supervision required
 3. **Severely impaired** - never/rarely made decisions

Delirium**C1300. Signs and Symptoms of Delirium (from CAM®)**Code **after completing** Brief Interview for Mental Status or Staff Assessment, and reviewing medical record**Coding:**

0. **Behavior not present**
 1. **Behavior continuously present, does not fluctuate**
 2. **Behavior present, fluctuates** (comes and goes, changes in severity)

↓ Enter Codes in Boxes

☐**A. Inattention** - Did the resident have difficulty focusing attention (easily distracted, out of touch or difficulty following what was said)?☐**B. Disorganized thinking** - Was the resident's thinking disorganized or incoherent (rambling or irrelevant conversation, unclear or illogical flow of ideas, or unpredictable switching from subject to subject)?☐**C. Altered level of consciousness** - Did the resident have altered level of consciousness (e.g., **vigilant** - startled easily to any sound or touch; **lethargic** - repeatedly dozed off when being asked questions, but responded to voice or touch; **stuporous** - very difficult to arouse and keep aroused for the interview; **comatose** - could not be aroused)?☐**D. Psychomotor retardation** - Did the resident have an unusually decreased level of activity such as sluggishness, staring into space, staying in one position, moving very slowly?**C1600. Acute Onset Mental Status Change**

Enter Code

☐**Is there evidence of an acute change in mental status** from the resident's baseline?

0. **No**
 1. **Yes**

Section D**Mood****D0100. Should Resident Mood Interview be Conducted?** - Attempt to conduct interview with all residents

Enter Code

☐

0. **No** (resident is rarely/never understood) → Skip to and complete D0500-D0600, Staff Assessment of Resident Mood (PHQ-9-OV)
1. **Yes** → Continue to D0200, Resident Mood Interview (PHQ-9©)

D0200. Resident Mood Interview (PHQ-9©)**Say to resident: "Over the last 2 weeks, have you been bothered by any of the following problems?"**

If symptom is present, enter 1 (yes) in column 1, Symptom Presence.

If yes in column 1, then ask the resident: "About **how often** have you been bothered by this?"

Read and show the resident a card with the symptom frequency choices. Indicate response in column 2, Symptom Frequency.

1. Symptom Presence

0. **No** (enter 0 in column 2)
1. **Yes** (enter 0-3 in column 2)
9. **No response** (leave column 2 blank)

2. Symptom Frequency

0. **Never or 1 day**
1. **2-6 days** (several days)
2. **7-11 days** (half or more of the days)
3. **12-14 days** (nearly every day)

**1.
Symptom
Presence****2.
Symptom
Frequency**

↓ Enter Scores in Boxes ↓

A. Little interest or pleasure in doing things☐☐**B. Feeling down, depressed, or hopeless**☐☐**C. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much**☐☐**D. Feeling tired or having little energy**☐☐**E. Poor appetite or overeating**☐☐**F. Feeling bad about yourself - or that you are a failure or have let yourself or your family down**☐☐**G. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television**☐☐**H. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed. Or the opposite - being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual**☐☐**I. Thoughts that you would be better off dead, or of hurting yourself in some way**☐☐**D0300. Total Severity Score**

Enter Score

Add scores for all frequency responses in Column 2, Symptom Frequency. Total score must be between 00 and 27. Enter 99 if unable to complete interview (i.e., Symptom Frequency is blank for 3 or more items).

D0350. Safety Notification - Complete only if D0200I1 = 1 indicating possibility of resident self harm

Enter Code

☐**Was responsible staff or provider informed that there is a potential for resident self harm?**

0. **No**
1. **Yes**



Section D**Mood****D0500. Staff Assessment of Resident Mood (PHQ-9-OV*)**

Do not conduct if Resident Mood Interview (D0200-D0300) was completed

Over the last 2 weeks, did the resident have any of the following problems or behaviors?

If symptom is present, enter 1 (yes) in column 1, Symptom Presence.

Then move to column 2, Symptom Frequency, and indicate symptom frequency.

1. Symptom Presence

0. **No** (enter 0 in column 2)
 1. **Yes** (enter 0-3 in column 2)

2. Symptom Frequency

0. **Never or 1 day**
 1. **2-6 days** (several days)
 2. **7-11 days** (half or more of the days)
 3. **12-14 days** (nearly every day)

**1.
Symptom
Presence****2.
Symptom
Frequency**

↓ Enter Scores in Boxes ↓

A. Little interest or pleasure in doing things**B. Feeling or appearing down, depressed, or hopeless****C. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much****D. Feeling tired or having little energy****E. Poor appetite or overeating****F. Indicating that s/he feels bad about self, is a failure, or has let self or family down****G. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television****H. Moving or speaking so slowly that other people have noticed. Or the opposite - being so fidgety or restless that s/he has been moving around a lot more than usual****I. States that life isn't worth living, wishes for death, or attempts to harm self****J. Being short-tempered, easily annoyed****D0600. Total Severity Score**

Enter Score

Add scores for all frequency responses in Column 2, Symptom Frequency. Total score must be between 00 and 30.**D0650. Safety Notification** - Complete only if D0500I1 = 1 indicating possibility of resident self harm

Enter Code

Was responsible staff or provider informed that there is a potential for resident self harm?

0. **No**
 1. **Yes**

Section E Behavior

E0100. Psychosis

↓ Check all that apply

- ☐ **A. Hallucinations** (perceptual experiences in the absence of real external sensory stimuli)
- ☐ **B. Delusions** (misconceptions or beliefs that are firmly held, contrary to reality)
- ☐ **Z. None of the above**

Behavioral Symptoms

E0200. Behavioral Symptom - Presence & Frequency

Note presence of symptoms and their frequency

↓ Enter Codes in Boxes	
Coding: 0. Behavior not exhibited 1. Behavior of this type occurred 1 to 3 days 2. Behavior of this type occurred 4 to 6 days, but less than daily 3. Behavior of this type occurred daily	<input type="checkbox"/> A. Physical behavioral symptoms directed toward others (e.g., hitting, kicking, pushing, scratching, grabbing, abusing others sexually)
	<input type="checkbox"/> B. Verbal behavioral symptoms directed toward others (e.g., threatening others, screaming at others, cursing at others)
	<input type="checkbox"/> C. Other behavioral symptoms not directed toward others (e.g., physical symptoms such as hitting or scratching self, pacing, rummaging, public sexual acts, disrobing in public, throwing or smearing food or bodily wastes, or verbal/vocal symptoms like screaming, disruptive sounds)

E0300. Overall Presence of Behavioral Symptoms

Enter Code <input type="checkbox"/>	Were any behavioral symptoms in questions E0200 coded 1, 2, or 3? 0. No → Skip to E0800, Rejection of Care 1. Yes → Considering all of E0200, Behavioral Symptoms, answer E0500 and E0600 below
--	--

E0500. Impact on Resident

Enter Code <input type="checkbox"/>	Did any of the identified symptom(s): A. Put the resident at significant risk for physical illness or injury? 0. No 1. Yes
Enter Code <input type="checkbox"/>	B. Significantly interfere with the resident's care? 0. No 1. Yes
Enter Code <input type="checkbox"/>	C. Significantly interfere with the resident's participation in activities or social interactions? 0. No 1. Yes

E0600. Impact on Others

Enter Code <input type="checkbox"/>	Did any of the identified symptom(s): A. Put others at significant risk for physical injury? 0. No 1. Yes
Enter Code <input type="checkbox"/>	B. Significantly intrude on the privacy or activity of others? 0. No 1. Yes
Enter Code <input type="checkbox"/>	C. Significantly disrupt care or living environment? 0. No 1. Yes

E0800. Rejection of Care - Presence & Frequency

Enter Code <input type="checkbox"/>	Did the resident reject evaluation or care (e.g., bloodwork, taking medications, ADL assistance) that is necessary to achieve the resident's goals for health and well-being? Do not include behaviors that have already been addressed (e.g., by discussion or care planning with the resident or family), and/or determined to be consistent with resident values, preferences, or goals. 0. Behavior not exhibited 1. Behavior of this type occurred 1 to 3 days 2. Behavior of this type occurred 4 to 6 days, but less than daily 3. Behavior of this type occurred daily
--	--

Section E

Behavior

E0900. Wandering - Presence & Frequency

Enter Code

☐
Has the resident wandered?

0. **Behavior not exhibited** → Skip to E1100, Change in Behavioral or Other Symptoms
1. **Behavior of this type occurred 1 to 3 days**
2. **Behavior of this type occurred 4 to 6 days**, but less than daily
3. **Behavior of this type occurred daily**

E1000. Wandering - Impact

Enter Code

☐
A. Does the wandering place the resident at significant risk of getting to a potentially dangerous place (e.g., stairs, outside of the facility)?

0. **No**
1. **Yes**

Enter Code

☐
B. Does the wandering significantly intrude on the privacy of activities of others?

0. **No**
1. **Yes**

E1100. Change in Behavior or Other Symptoms

Consider all of the symptoms assessed in items E0100 through E1000

Enter Code

☐

How does resident's current behavior status, care rejection, or wandering **compare to prior assessment (OBRA or PPS)?**

0. **Same**
1. **Improved**
2. **Worse**
3. **N/A** because no prior MDS assessment

Section F

Preferences for Customary Routine and Activities

F0300. Should Interview for Daily and Activity Preferences be Conducted? - Attempt to interview all residents able to communicate. If resident is unable to complete, attempt to complete interview with family member or significant other

Enter Code

☐

0. **No** (resident is rarely/never understood and family/significant other not available) → Skip to and complete F0800, Staff Assessment of Daily and Activity Preferences
 1. **Yes** → Continue to F0400, Interview for Daily Preferences

F0400. Interview for Daily Preferences

Show resident the response options and say: **"While you are in this facility..."**

↓ Enter Codes in Boxes

Coding:

1. **Very important**
2. **Somewhat important**
3. **Not very important**
4. **Not important at all**
5. **Important, but can't do or no choice**
9. **No response or non-responsive**

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | A. how important is it to you to choose what clothes to wear? |
| <input type="checkbox"/> | B. how important is it to you to take care of your personal belongings or things? |
| <input type="checkbox"/> | C. how important is it to you to choose between a tub bath, shower, bed bath, or sponge bath? |
| <input type="checkbox"/> | D. how important is it to you to have snacks available between meals? |
| <input type="checkbox"/> | E. how important is it to you to choose your own bedtime? |
| <input type="checkbox"/> | F. how important is it to you to have your family or a close friend involved in discussions about your care? |
| <input type="checkbox"/> | G. how important is it to you to be able to use the phone in private? |
| <input type="checkbox"/> | H. how important is it to you to have a place to lock your things to keep them safe? |

F0500. Interview for Activity Preferences

Show resident the response options and say: **"While you are in this facility..."**

↓ Enter Codes in Boxes

Coding:

1. **Very important**
2. **Somewhat important**
3. **Not very important**
4. **Not important at all**
5. **Important, but can't do or no choice**
9. **No response or non-responsive**

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | A. how important is it to you to have books, newspapers, and magazines to read? |
| <input type="checkbox"/> | B. how important is it to you to listen to music you like? |
| <input type="checkbox"/> | C. how important is it to you to be around animals such as pets? |
| <input type="checkbox"/> | D. how important is it to you to keep up with the news? |
| <input type="checkbox"/> | E. how important is it to you to do things with groups of people? |
| <input type="checkbox"/> | F. how important is it to you to do your favorite activities? |
| <input type="checkbox"/> | G. how important is it to you to go outside to get fresh air when the weather is good? |
| <input type="checkbox"/> | H. how important is it to you to participate in religious services or practices? |

F0600. Daily and Activity Preferences Primary Respondent

Enter Code

☐

Indicate **primary respondent** for Daily and Activity Preferences (F0400 and F0500)

1. **Resident**
2. **Family or significant other** (close friend or other representative)
9. **Interview could not be completed** by resident or family/significant other ("No response" to 3 or more items")



Section F

Preferences for Customary Routine and Activities

F0700. Should the Staff Assessment of Daily and Activity Preferences be Conducted?

Enter Code

0. **No** (because Interview for Daily and Activity Preferences (F0400 and F0500) was completed by resident or family/significant other) → Skip to and complete G0110, Activities of Daily Living (ADL) Assistance
1. **Yes** (because 3 or more items in Interview for Daily and Activity Preferences (F0400 and F0500) were not completed by resident or family/significant other) → Continue to F0800, Staff Assessment of Daily and Activity Preferences

F0800. Staff Assessment of Daily and Activity Preferences

Do not conduct if Interview for Daily and Activity Preferences (F0400-F0500) was completed

Resident Prefers:

↓ Check all that apply

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | A. Choosing clothes to wear |
| <input type="checkbox"/> | B. Caring for personal belongings |
| <input type="checkbox"/> | C. Receiving tub bath |
| <input type="checkbox"/> | D. Receiving shower |
| <input type="checkbox"/> | E. Receiving bed bath |
| <input type="checkbox"/> | F. Receiving sponge bath |
| <input type="checkbox"/> | G. Snacks between meals |
| <input type="checkbox"/> | H. Staying up past 8:00 p.m. |
| <input type="checkbox"/> | I. Family or significant other involvement in care discussions |
| <input type="checkbox"/> | J. Use of phone in private |
| <input type="checkbox"/> | K. Place to lock personal belongings |
| <input type="checkbox"/> | L. Reading books, newspapers, or magazines |
| <input type="checkbox"/> | M. Listening to music |
| <input type="checkbox"/> | N. Being around animals such as pets |
| <input type="checkbox"/> | O. Keeping up with the news |
| <input type="checkbox"/> | P. Doing things with groups of people |
| <input type="checkbox"/> | Q. Participating in favorite activities |
| <input type="checkbox"/> | R. Spending time away from the nursing home |
| <input type="checkbox"/> | S. Spending time outdoors |
| <input type="checkbox"/> | T. Participating in religious activities or practices |
| <input type="checkbox"/> | Z. None of the above |

Section G

Functional Status

G0110. Activities of Daily Living (ADL) Assistance

Refer to the ADL flow chart in the RAI manual to facilitate accurate coding

Instructions for Rule of 3

- When an activity occurs three times at any one given level, code that level.
- When an activity occurs three times at multiple levels, code the most dependent, exceptions are total dependence (4), activity must require full assist every time, and activity did not occur (8), activity must not have occurred at all. Example, three times extensive assistance (3) and three times limited assistance (2), code extensive assistance (3).
- When an activity occurs at various levels, but not three times at any given level, apply the following:
 - When there is a combination of full staff performance, and extensive assistance, code extensive assistance.
 - When there is a combination of full staff performance, weight bearing assistance and/or non-weight bearing assistance code limited assistance (2).

If none of the above are met, code supervision.

1. ADL Self-Performance

Code for **resident's performance** over all shifts - not including setup. If the ADL activity occurred 3 or more times at various levels of assistance, code the most dependent - except for total dependence, which requires full staff performance every time

Coding:

Activity Occurred 3 or More Times

0. **Independent** - no help or staff oversight at any time
1. **Supervision** - oversight, encouragement or cueing
2. **Limited assistance** - resident highly involved in activity; staff provide guided maneuvering of limbs or other non-weight-bearing assistance
3. **Extensive assistance** - resident involved in activity, staff provide weight-bearing support
4. **Total dependence** - full staff performance every time during entire 7-day period

Activity Occurred 2 or Fewer Times

7. **Activity occurred only once or twice** - activity did occur but only once or twice
8. **Activity did not occur** - activity (or any part of the ADL) was not performed by resident or staff at all over the entire 7-day period

2. ADL Support Provided

Code for **most support provided** over all shifts; code regardless of resident's self-performance classification

Coding:

0. **No** setup or physical help from staff
1. **Setup** help only
2. **One** person physical assist
3. **Two+** persons physical assist
8. ADL activity itself **did not occur** during entire period

	1. Self-Performance	2. Support
	↓ Enter Codes in Boxes ↓	
A. Bed mobility - how resident moves to and from lying position, turns side to side, and positions body while in bed or alternate sleep furniture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Transfer - how resident moves between surfaces including to or from: bed, chair, wheelchair, standing position (excludes to/from bath/toilet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Walk in room - how resident walks between locations in his/her room	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Walk in corridor - how resident walks in corridor on unit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Locomotion on unit - how resident moves between locations in his/her room and adjacent corridor on same floor. If in wheelchair, self-sufficiency once in chair	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Locomotion off unit - how resident moves to and returns from off-unit locations (e.g., areas set aside for dining, activities or treatments). If facility has only one floor , how resident moves to and from distant areas on the floor. If in wheelchair, self-sufficiency once in chair	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Dressing - how resident puts on, fastens and takes off all items of clothing, including donning/removing a prosthesis or TED hose. Dressing includes putting on and changing pajamas and housedresses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Eating - how resident eats and drinks, regardless of skill. Do not include eating/drinking during medication pass. Includes intake of nourishment by other means (e.g., tube feeding, total parenteral nutrition, IV fluids administered for nutrition or hydration)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Toilet use - how resident uses the toilet room, commode, bedpan, or urinal; transfers on/off toilet; cleanses self after elimination; changes pad; manages ostomy or catheter; and adjusts clothes. Do not include emptying of bedpan, urinal, bedside commode, catheter bag or ostomy bag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Personal hygiene - how resident maintains personal hygiene, including combing hair, brushing teeth, shaving, applying makeup, washing/drying face and hands (excludes baths and showers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Section G Functional Status

G0120. Bathing

How resident takes full-body bath/shower, sponge bath, and transfers in/out of tub/shower (**excludes** washing of back and hair). Code for **most dependent** in self-performance and support

Enter Code <input type="checkbox"/>	A. Self-performance 0. Independent - no help provided 1. Supervision - oversight help only 2. Physical help limited to transfer only 3. Physical help in part of bathing activity 4. Total dependence 8. Activity itself did not occur during the entire period
Enter Code <input type="checkbox"/>	B. Support provided (Bathing support codes are as defined in item G0110 column 2, ADL Support Provided , above)

G0300. Balance During Transitions and Walking

After observing the resident, **code the following walking and transition items for most dependent**

Coding: 0. Steady at all times 1. Not steady, but able to stabilize without human assistance 2. Not steady, only able to stabilize with human assistance 8. Activity did not occur	↓ Enter Codes in Boxes
	<input type="checkbox"/> A. Moving from seated to standing position
	<input type="checkbox"/> B. Walking (with assistive device if used)
	<input type="checkbox"/> C. Turning around and facing the opposite direction while walking
	<input type="checkbox"/> D. Moving on and off toilet
	<input type="checkbox"/> E. Surface-to-surface transfer (transfer between bed and chair or wheelchair)

G0400. Functional Limitation in Range of Motion

Code for limitation that interfered with daily functions or placed resident at risk of injury

Coding: 0. No impairment 1. Impairment on one side 2. Impairment on both sides	↓ Enter Codes in Boxes
	<input type="checkbox"/> A. Upper extremity (shoulder, elbow, wrist, hand)
	<input type="checkbox"/> B. Lower extremity (hip, knee, ankle, foot)

G0600. Mobility Devices

↓ Check all that were normally used

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | A. Cane/crutch |
| <input type="checkbox"/> | B. Walker |
| <input type="checkbox"/> | C. Wheelchair (manual or electric) |
| <input type="checkbox"/> | D. Limb prosthesis |
| <input type="checkbox"/> | Z. None of the above were used |

G0900. Functional Rehabilitation Potential

Complete only if A0310A = 01

Enter Code <input type="checkbox"/>	A. Resident believes he or she is capable of increased independence in at least some ADLs 0. No 1. Yes 2. Unable to determine
Enter Code <input type="checkbox"/>	B. Direct care staff believe resident is capable of increased independence in at least some ADLs 0. No 1. Yes

Section H Bladder and Bowel

H0100. Appliances

↓ Check all that apply

- ☐ **A. Indwelling catheter** (including suprapubic catheter and nephrostomy tube)
- ☐ **B. External catheter**
- ☐ **C. Ostomy** (including urostomy, ileostomy, and colostomy)
- ☐ **D. Intermittent catheterization**
- ☐ **Z. None of the above**

H0200. Urinary Toileting Program

- Enter Code ☐ **A. Has a trial of a toileting program (e.g., scheduled toileting, prompted voiding, or bladder training) been attempted on admission/reentry or since urinary incontinence was noted in this facility?**
0. **No** → Skip to H0300, Urinary Continence
1. **Yes** → Continue to H0200B, Response
9. **Unable to determine** → Skip to H0200C, Current toileting program or trial
- Enter Code ☐ **B. Response - What was the resident's response to the trial program?**
0. **No improvement**
1. **Decreased wetness**
2. **Completely dry** (continent)
9. **Unable to determine** or trial in progress
- Enter Code ☐ **C. Current toileting program or trial - Is a toileting program (e.g., scheduled toileting, prompted voiding, or bladder training) currently being used to manage the resident's urinary continence?**
0. **No**
1. **Yes**

H0300. Urinary Continence

- Enter Code ☐ **Urinary continence - Select the one category that best describes the resident**
0. **Always continent**
1. **Occasionally incontinent** (less than 7 episodes of incontinence)
2. **Frequently incontinent** (7 or more episodes of urinary incontinence, but at least one episode of continent voiding)
3. **Always incontinent** (no episodes of continent voiding)
9. **Not rated**, resident had a catheter (indwelling, condom), urinary ostomy, or no urine output for the entire 7 days

H0400. Bowel Continence

- Enter Code ☐ **Bowel continence - Select the one category that best describes the resident**
0. **Always continent**
1. **Occasionally incontinent** (one episode of bowel incontinence)
2. **Frequently incontinent** (2 or more episodes of bowel incontinence, but at least one continent bowel movement)
3. **Always incontinent** (no episodes of continent bowel movements)
9. **Not rated**, resident had an ostomy or did not have a bowel movement for the entire 7 days

H0500. Bowel Toileting Program

- Enter Code ☐ **Is a toileting program currently being used to manage the resident's bowel continence?**
0. **No**
1. **Yes**

H0600. Bowel Patterns

- Enter Code ☐ **Constipation present?**
0. **No**
1. **Yes**

Section I Active Diagnoses

Active Diagnoses in the last 7 days - Check all that apply

Diagnoses listed in parentheses are provided as examples and should not be considered as all-inclusive lists

<input type="checkbox"/>	Cancer
<input type="checkbox"/>	I0100. Cancer (with or without metastasis)
<input type="checkbox"/>	Heart/Circulation
<input type="checkbox"/>	I0200. Anemia (e.g., aplastic, iron deficiency, pernicious, and sickle cell)
<input type="checkbox"/>	I0300. Atrial Fibrillation or Other Dysrhythmias (e.g., bradycardias and tachycardias)
<input type="checkbox"/>	I0400. Coronary Artery Disease (CAD) (e.g., angina, myocardial infarction, and atherosclerotic heart disease (ASHD))
<input type="checkbox"/>	I0500. Deep Venous Thrombosis (DVT), Pulmonary Embolus (PE), or Pulmonary Thrombo-Embolism (PTE)
<input type="checkbox"/>	I0600. Heart Failure (e.g., congestive heart failure (CHF) and pulmonary edema)
<input type="checkbox"/>	I0700. Hypertension
<input type="checkbox"/>	I0800. Orthostatic Hypotension
<input type="checkbox"/>	I0900. Peripheral Vascular Disease (PVD) or Peripheral Arterial Disease (PAD)
<input type="checkbox"/>	Gastrointestinal
<input type="checkbox"/>	I1100. Cirrhosis
<input type="checkbox"/>	I1200. Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) or Ulcer (e.g., esophageal, gastric, and peptic ulcers)
<input type="checkbox"/>	I1300. Ulcerative Colitis, Crohn's Disease, or Inflammatory Bowel Disease
<input type="checkbox"/>	Genitourinary
<input type="checkbox"/>	I1400. Benign Prostatic Hyperplasia (BPH)
<input type="checkbox"/>	I1500. Renal Insufficiency, Renal Failure, or End-Stage Renal Disease (ESRD)
<input type="checkbox"/>	I1550. Neurogenic Bladder
<input type="checkbox"/>	I1650. Obstructive Uropathy
<input type="checkbox"/>	Infections
<input type="checkbox"/>	I1700. Multidrug-Resistant Organism (MDRO)
<input type="checkbox"/>	I2000. Pneumonia
<input type="checkbox"/>	I2100. Septicemia
<input type="checkbox"/>	I2200. Tuberculosis
<input type="checkbox"/>	I2300. Urinary Tract Infection (UTI) (LAST 30 DAYS)
<input type="checkbox"/>	I2400. Viral Hepatitis (e.g., Hepatitis A, B, C, D, and E)
<input type="checkbox"/>	I2500. Wound Infection (other than foot)
<input type="checkbox"/>	Metabolic
<input type="checkbox"/>	I2900. Diabetes Mellitus (DM) (e.g., diabetic retinopathy, nephropathy, and neuropathy)
<input type="checkbox"/>	I3100. Hyponatremia
<input type="checkbox"/>	I3200. Hyperkalemia
<input type="checkbox"/>	I3300. Hyperlipidemia (e.g., hypercholesterolemia)
<input type="checkbox"/>	I3400. Thyroid Disorder (e.g., hypothyroidism, hyperthyroidism, and Hashimoto's thyroiditis)
<input type="checkbox"/>	Musculoskeletal
<input type="checkbox"/>	I3700. Arthritis (e.g., degenerative joint disease (DJD), osteoarthritis, and rheumatoid arthritis (RA))
<input type="checkbox"/>	I3800. Osteoporosis
<input type="checkbox"/>	I3900. Hip Fracture - any hip fracture that has a relationship to current status, treatments, monitoring (e.g., sub-capital fractures, and fractures of the trochanter and femoral neck)
<input type="checkbox"/>	I4000. Other Fracture
<input type="checkbox"/>	Neurological
<input type="checkbox"/>	I4200. Alzheimer's Disease
<input type="checkbox"/>	I4300. Aphasia
<input type="checkbox"/>	I4400. Cerebral Palsy
<input type="checkbox"/>	I4500. Cerebrovascular Accident (CVA), Transient Ischemic Attack (TIA), or Stroke
<input type="checkbox"/>	I4800. Dementia (e.g. Non-Alzheimer's dementia such as vascular or multi-infarct dementia; mixed dementia; frontotemporal dementia such as Pick's disease; and dementia related to stroke, Parkinson's or Creutzfeldt-Jakob diseases)
Neurological Diagnoses continued on next page	

Section I Active Diagnoses

Active Diagnoses in the last 7 days - Check all that apply

Diagnoses listed in parentheses are provided as examples and should not be considered as all-inclusive lists

Neurological - Continued											
<input type="checkbox"/>	I4900. Hemiplegia or Hemiparesis										
<input type="checkbox"/>	I5000. Paraplegia										
<input type="checkbox"/>	I5100. Quadriplegia										
<input type="checkbox"/>	I5200. Multiple Sclerosis (MS)										
<input type="checkbox"/>	I5250. Huntington's Disease										
<input type="checkbox"/>	I5300. Parkinson's Disease										
<input type="checkbox"/>	I5350. Tourette's Syndrome										
<input type="checkbox"/>	I5400. Seizure Disorder or Epilepsy										
<input type="checkbox"/>	I5500. Traumatic Brain Injury (TBI)										
Nutritional											
<input type="checkbox"/>	I5600. Malnutrition (protein or calorie) or at risk for malnutrition										
Psychiatric/Mood Disorder											
<input type="checkbox"/>	I5700. Anxiety Disorder										
<input type="checkbox"/>	I5800. Depression (other than bipolar)										
<input type="checkbox"/>	I5900. Manic Depression (bipolar disease)										
<input type="checkbox"/>	I5950. Psychotic Disorder (other than schizophrenia)										
<input type="checkbox"/>	I6000. Schizophrenia (e.g., schizoaffective and schizophreniform disorders)										
<input type="checkbox"/>	I6100. Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)										
Pulmonary											
<input type="checkbox"/>	I6200. Asthma, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), or Chronic Lung Disease (e.g., chronic bronchitis and restrictive lung diseases such as asbestosis)										
<input type="checkbox"/>	I6300. Respiratory Failure										
Vision											
<input type="checkbox"/>	I6500. Cataracts, Glaucoma, or Macular Degeneration										
None of Above											
<input type="checkbox"/>	I7900. None of the above active diagnoses within the last 7 days										
Other											
<input type="checkbox"/>	I8000. Additional active diagnoses Enter diagnosis on line and ICD code in boxes. Include the decimal for the code in the appropriate box.										
A. _____	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
B. _____	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
C. _____	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
D. _____	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
E. _____	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
F. _____	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
G. _____	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
H. _____	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
I. _____	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
J. _____	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

Section J**Health Conditions****J0100. Pain Management** - Complete for all residents, regardless of current pain level

At any time in the last 5 days, has the resident:

Enter Code <input type="checkbox"/>	A. Been on a scheduled pain medication regimen? 0. No 1. Yes
Enter Code <input type="checkbox"/>	B. Received PRN pain medications? 0. No 1. Yes
Enter Code <input type="checkbox"/>	C. Received non-medication intervention for pain? 0. No 1. Yes

J0200. Should Pain Assessment Interview be Conducted?

Attempt to conduct interview with all residents. If resident is comatose, skip to J1100, Shortness of Breath (dyspnea)

Enter Code <input type="checkbox"/>	0. No (resident is rarely/never understood) → Skip to and complete J0800, Indicators of Pain or Possible Pain 1. Yes → Continue to J0300, Pain Presence
--	--

Pain Assessment Interview**J0300. Pain Presence**

Enter Code <input type="checkbox"/>	Ask resident: " Have you had pain or hurting at any time in the last 5 days? " 0. No → Skip to J1100, Shortness of Breath 1. Yes → Continue to J0400, Pain Frequency 9. Unable to answer → Skip to J0800, Indicators of Pain or Possible Pain
--	---

J0400. Pain Frequency

Enter Code <input type="checkbox"/>	Ask resident: " How much of the time have you experienced pain or hurting over the last 5 days? " 1. Almost constantly 2. Frequently 3. Occasionally 4. Rarely 9. Unable to answer
--	--

J0500. Pain Effect on Function

Enter Code <input type="checkbox"/>	A. Ask resident: " Over the past 5 days, has pain made it hard for you to sleep at night? " 0. No 1. Yes 9. Unable to answer
Enter Code <input type="checkbox"/>	B. Ask resident: " Over the past 5 days, have you limited your day-to-day activities because of pain? " 0. No 1. Yes 9. Unable to answer

J0600. Pain Intensity - Administer **ONLY ONE** of the following pain intensity questions (A or B)

Enter Rating <input type="text"/>	A. Numeric Rating Scale (00-10) Ask resident: " Please rate your worst pain over the last 5 days on a zero to ten scale, with zero being no pain and ten as the worst pain you can imagine. " (Show resident 00 -10 pain scale) Enter two-digit response. Enter 99 if unable to answer.
Enter Code <input type="checkbox"/>	B. Verbal Descriptor Scale Ask resident: " Please rate the intensity of your worst pain over the last 5 days. " (Show resident verbal scale) 1. Mild 2. Moderate 3. Severe 4. Very severe, horrible 9. Unable to answer



Section J

Health Conditions

J0700. Should the Staff Assessment for Pain be Conducted?

Enter Code

☐

0. **No** (J0400 = 1 thru 4) → Skip to J1100, Shortness of Breath (dyspnea)
 1. **Yes** (J0400 = 9) → Continue to J0800, Indicators of Pain or Possible Pain

Staff Assessment for Pain

J0800. Indicators of Pain or Possible Pain in the last 5 days

↓ Check all that apply

- ☐ **A. Non-verbal sounds** (crying, whining, gasping, moaning, or groaning)
☐ **B. Vocal complaints of pain** (that hurts, ouch, stop)
☐ **C. Facial expressions** (grimaces, wincing, wrinkled forehead, furrowed brow, clenched teeth or jaw)
☐ **D. Protective body movements or postures** (bracing, guarding, rubbing or massaging a body part/area, clutching or holding a body part during movement)
☐ **Z. None of these signs observed or documented** → If checked, skip to J1100, Shortness of Breath (dyspnea)

J0850. Frequency of Indicator of Pain or Possible Pain in the last 5 days

Enter Code

☐

- Frequency with which resident complains or shows evidence of pain or possible pain
 1. **Indicators of pain** or possible pain observed **1 to 2 days**
 2. **Indicators of pain** or possible pain observed **3 to 4 days**
 3. **Indicators of pain** or possible pain observed **daily**

Other Health Conditions

J1100. Shortness of Breath (dyspnea)

↓ Check all that apply

- ☐ **A. Shortness of breath** or trouble breathing **with exertion** (e.g., walking, bathing, transferring)
☐ **B. Shortness of breath** or trouble breathing **when sitting at rest**
☐ **C. Shortness of breath** or trouble breathing **when lying flat**
☐ **Z. None of the above**

J1300. Current Tobacco Use

Enter Code

☐

- Tobacco use**
 0. **No**
 1. **Yes**

J1400. Prognosis

Enter Code

☐

- Does the resident have a condition or chronic disease that may result in a **life expectancy of less than 6 months?** (Requires physician documentation)
 0. **No**
 1. **Yes**

J1550. Problem Conditions

↓ Check all that apply

- ☐ **A. Fever**
☐ **B. Vomiting**
☐ **C. Dehydrated**
☐ **D. Internal bleeding**
☐ **Z. None of the above**

Section J Health Conditions

J1700. Fall History on Admission

Complete only if A0310A = 01 or A0310E = 1

Enter Code <input type="checkbox"/>	A. Did the resident have a fall any time in the last month prior to admission? 0. No 1. Yes 9. Unable to determine
Enter Code <input type="checkbox"/>	B. Did the resident have a fall any time in the last 2-6 months prior to admission? 0. No 1. Yes 9. Unable to determine
Enter Code <input type="checkbox"/>	C. Did the resident have any fracture related to a fall in the 6 months prior to admission? 0. No 1. Yes 9. Unable to determine

J1800. Any Falls Since Admission or Prior Assessment (OBRA, PPS, or Discharge), whichever is more recent

Enter Code <input type="checkbox"/>	Has the resident had any falls since admission or the prior assessment (OBRA, PPS, or Discharge), whichever is more recent? 0. No → Skip to K0100, Swallowing Disorder 1. Yes → Continue to J1900, Number of Falls Since Admission or Prior Assessment (OBRA, PPS, or Discharge)
--	---

J1900. Number of Falls Since Admission or Prior Assessment (OBRA, PPS, or Discharge), whichever is more recent

Coding: 0. None 1. One 2. Two or more	↓ Enter Codes in Boxes	
	<input type="checkbox"/>	A. No injury - no evidence of any injury is noted on physical assessment by the nurse or primary care clinician; no complaints of pain or injury by the resident; no change in the resident's behavior is noted after the fall
	<input type="checkbox"/>	B. Injury (except major) - skin tears, abrasions, lacerations, superficial bruises, hematomas and sprains; or any fall-related injury that causes the resident to complain of pain
	<input type="checkbox"/>	C. Major injury - bone fractures, joint dislocations, closed head injuries with altered consciousness, subdural hematoma

Section K Swallowing/Nutritional Status

K0100. Swallowing Disorder

Signs and symptoms of possible swallowing disorder

↓ Check all that apply

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | A. Loss of liquids/solids from mouth when eating or drinking |
| <input type="checkbox"/> | B. Holding food in mouth/cheeks or residual food in mouth after meals |
| <input type="checkbox"/> | C. Coughing or choking during meals or when swallowing medications |
| <input type="checkbox"/> | D. Complaints of difficulty or pain with swallowing |
| <input type="checkbox"/> | Z. None of the above |

K0200. Height and Weight - While measuring, if the number is X.1 - X.4 round down; X.5 or greater round up

- | | |
|--|---|
| <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
inches | A. Height (in inches). Record most recent height measure since admission |
| <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
pounds | B. Weight (in pounds). Base weight on most recent measure in last 30 days; measure weight consistently, according to standard facility practice (e.g., in a.m. after voiding, before meal, with shoes off, etc.) |

K0300. Weight Loss

- | | |
|--|--|
| Enter Code
<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> | Loss of 5% or more in the last month or loss of 10% or more in last 6 months
0. No or unknown
1. Yes, on physician-prescribed weight-loss regimen
2. Yes, not on physician-prescribed weight-loss regimen |
|--|--|

K0500. Nutritional Approaches

↓ Check all that apply

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | A. Parenteral/IV feeding |
| <input type="checkbox"/> | B. Feeding tube - nasogastric or abdominal (PEG) |
| <input type="checkbox"/> | C. Mechanically altered diet - require change in texture of food or liquids (e.g., pureed food, thickened liquids) |
| <input type="checkbox"/> | D. Therapeutic diet (e.g., low salt, diabetic, low cholesterol) |
| <input type="checkbox"/> | Z. None of the above |

K0700. Percent Intake by Artificial Route - Complete K0700 only if K0500A or K0500B is checked

- | | |
|--|---|
| Enter Code
<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> | A. Proportion of total calories the resident received through parenteral or tube feeding
1. 25% or less
2. 26-50%
3. 51% or more |
| Enter Code
<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div> | B. Average fluid intake per day by IV or tube feeding
1. 500 cc/day or less
2. 501 cc/day or more |

Section L Oral/Dental Status

L0200. Dental

↓ Check all that apply

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | A. Broken or loosely fitting full or partial denture (chipped, cracked, uncleanable, or loose) |
| <input type="checkbox"/> | B. No natural teeth or tooth fragment(s) (edentulous) |
| <input type="checkbox"/> | C. Abnormal mouth tissue (ulcers, masses, oral lesions, including under denture or partial if one is worn) |
| <input type="checkbox"/> | D. Obvious or likely cavity or broken natural teeth |
| <input type="checkbox"/> | E. Inflamed or bleeding gums or loose natural teeth |
| <input type="checkbox"/> | F. Mouth or facial pain, discomfort or difficulty with chewing |
| <input type="checkbox"/> | G. Unable to examine |
| <input type="checkbox"/> | Z. None of the above were present |

Section M

Skin Conditions

Report based on highest stage of existing ulcer(s) at its worst; do not "reverse" stage

M0100. Determination of Pressure Ulcer Risk

↓ Check all that apply

- ☐ **A. Resident has a stage 1 or greater, a scar over bony prominence, or a non-removable dressing/device**
- ☐ **B. Formal assessment instrument/tool** (e.g., Braden, Norton, or other)
- ☐ **C. Clinical assessment**
- ☐ **Z. None of the above**

M0150. Risk of Pressure Ulcers

Enter Code ☐ **Is this resident at risk of developing pressure ulcers?**
 0. No
 1. Yes

M0210. Unhealed Pressure Ulcer(s)

Enter Code ☐ **Does this resident have one or more unhealed pressure ulcer(s) at Stage 1 or higher?**
 0. No → Skip to M0900, Healed Pressure Ulcers
 1. Yes → Continue to M0300, Current Number of Unhealed (non-epithelialized) Pressure Ulcers at Each Stage

M0300. Current Number of Unhealed (non-epithelialized) Pressure Ulcers at Each Stage

Enter Number <input type="text"/>	A. Number of Stage 1 pressure ulcers Stage 1: Intact skin with non-blanchable redness of a localized area usually over a bony prominence. Darkly pigmented skin may not have a visible blanching; in dark skin tones only it may appear with persistent blue or purple hues
Enter Number <input type="text"/>	B. Stage 2: Partial thickness loss of dermis presenting as a shallow open ulcer with a red or pink wound bed, without slough. May also present as an intact or open/ruptured serum-filled blister
Enter Number <input type="text"/>	1. Number of Stage 2 pressure ulcers - If 0 → Skip to M0300C, Stage 3 2. Number of these Stage 2 pressure ulcers that were present upon admission/reentry - enter how many were noted at the time of admission 3. Date of oldest Stage 2 pressure ulcer: <div style="display: flex; align-items: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <input type="text"/> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <input type="text"/> </div> <div>–</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <input type="text"/> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <input type="text"/> </div> <div>–</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <input type="text"/> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <input type="text"/> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <input type="text"/> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <input type="text"/> </div> <div style="margin-left: 10px;"> Month Day Year </div> </div>
Enter Number <input type="text"/>	C. Stage 3: Full thickness tissue loss. Subcutaneous fat may be visible but bone, tendon or muscle is not exposed. Slough may be present but does not obscure the depth of tissue loss. May include undermining and tunneling
Enter Number <input type="text"/>	1. Number of Stage 3 pressure ulcers - If 0 → Skip to M0300D, Stage 4 2. Number of these Stage 3 pressure ulcers that were present upon admission/reentry - enter how many were noted at the time of admission
Enter Number <input type="text"/>	D. Stage 4: Full thickness tissue loss with exposed bone, tendon or muscle. Slough or eschar may be present on some parts of the wound bed. Often includes undermining and tunneling
Enter Number <input type="text"/>	1. Number of Stage 4 pressure ulcers - If 0 → Skip to M0300E, Unstageable: Non-removable dressing 2. Number of these Stage 4 pressure ulcers that were present upon admission/reentry - enter how many were noted at the time of admission

M0300 continued on next page

Section M

Skin Conditions

M0300. Current Number of Unhealed (non-epithelialized) Pressure Ulcers at Each Stage - Continued

Enter Number <input type="text"/>	E. Unstageable - Non-removable dressing: Known but not stageable due to non-removable dressing/device
Enter Number <input type="text"/>	1. Number of unstageable pressure ulcers due to non-removable dressing/device - If 0 → Skip to M0300F, Unstageable: Slough and/or eschar 2. Number of these unstageable pressure ulcers that were present upon admission/reentry - enter how many were noted at the time of admission
Enter Number <input type="text"/>	F. Unstageable - Slough and/or eschar: Known but not stageable due to coverage of wound bed by slough and/or eschar
Enter Number <input type="text"/>	1. Number of unstageable pressure ulcers due to coverage of wound bed by slough and/or eschar - If 0 → Skip to M0300G, Unstageable: Deep tissue 2. Number of these unstageable pressure ulcers that were present upon admission/reentry - enter how many were noted at the time of admission
Enter Number <input type="text"/>	G. Unstageable - Deep tissue: Suspected deep tissue injury in evolution
Enter Number <input type="text"/>	1. Number of unstageable pressure ulcers with suspected deep tissue injury in evolution - If 0 → Skip to M0610, Dimension of Unhealed Stage 3 or 4 Pressure Ulcers or Eschar 2. Number of these unstageable pressure ulcers that were present upon admission/reentry - enter how many were noted at the time of admission

M0610. Dimensions of Unhealed Stage 3 or 4 Pressure Ulcers or Eschar

Complete only if M0300C1, M0300D1 or M0300F1 is greater than 0

If the resident has one or more unhealed (non-epithelialized) Stage 3 or 4 pressure ulcers or an unstageable pressure ulcer due to slough or eschar, identify the pressure ulcer with the largest surface area (length x width) and record in centimeters:

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> cm	A. Pressure ulcer length: Longest length from head to toe
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> cm	B. Pressure ulcer width: Widest width of the same pressure ulcer, side-to-side perpendicular (90-degree angle) to length
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> cm	C. Pressure ulcer depth: Depth of the same pressure ulcer from the visible surface to the deepest area (if depth is unknown, enter a dash in each box)

M0700. Most Severe Tissue Type for Any Pressure Ulcer

Enter Code <input type="text"/>	Select the best description of the most severe type of tissue present in any pressure ulcer bed 1. Epithelial tissue - new skin growing in superficial ulcer. It can be light pink and shiny, even in persons with darkly pigmented skin 2. Granulation tissue - pink or red tissue with shiny, moist, granular appearance 3. Slough - yellow or white tissue that adheres to the ulcer bed in strings or thick clumps, or is mucinous 4. Necrotic tissue (Eschar) - black, brown, or tan tissue that adheres firmly to the wound bed or ulcer edges, may be softer or harder than surrounding skin
------------------------------------	---

M0800. Worsening in Pressure Ulcer Status Since Prior Assessment (OBRA, PPS, or Discharge)

Complete only if A0130E = 0

Indicate the number of current pressure ulcers that were **not present or were at a lesser stage** on prior assessment (OBRA, PPS, or Discharge). If no current pressure ulcer at a given stage, enter 0

Enter Number <input type="text"/>	A. Stage 2
Enter Number <input type="text"/>	B. Stage 3
Enter Number <input type="text"/>	C. Stage 4

Section M Skin Conditions

M0900. Healed Pressure Ulcers

Complete only if A0310E = 0

Enter Code <input type="checkbox"/>	A. Were pressure ulcers present on the prior assessment (OBRA, PPS, or Discharge)? 0. No → Skip to M1030, Number of Venous and Arterial Ulcers 1. Yes → Continue to M0900B, Stage 2
Enter Number <input type="checkbox"/>	Indicate the number of pressure ulcers that were noted on the prior assessment (OBRA, PPS, or Discharge) that have completely closed (resurfaced with epithelium). If no healed pressure ulcer at a given stage since the prior assessment (OBRA, PPS, or Discharge), enter 0 B. Stage 2
Enter Number <input type="checkbox"/>	C. Stage 3
Enter Number <input type="checkbox"/>	D. Stage 4

M1030. Number of Venous and Arterial Ulcers

Enter Number <input type="checkbox"/>	Enter the total number of venous and arterial ulcers present
--	--

M1040. Other Ulcers, Wounds and Skin Problems

↓ Check all that apply	
<input type="checkbox"/>	Foot Problems
<input type="checkbox"/>	A. Infection of the foot (e.g., cellulitis, purulent drainage)
<input type="checkbox"/>	B. Diabetic foot ulcer(s)
<input type="checkbox"/>	C. Other open lesion(s) on the foot
Other Problems	
<input type="checkbox"/>	D. Open lesion(s) other than ulcers, rashes, cuts (e.g., cancer lesion)
<input type="checkbox"/>	E. Surgical wound(s)
<input type="checkbox"/>	F. Burn(s) (second or third degree)
None of the Above	
<input type="checkbox"/>	Z. None of the above were present

M1200. Skin and Ulcer Treatments

↓ Check all that apply	
<input type="checkbox"/>	A. Pressure reducing device for chair
<input type="checkbox"/>	B. Pressure reducing device for bed
<input type="checkbox"/>	C. Turning/repositioning program
<input type="checkbox"/>	D. Nutrition or hydration intervention to manage skin problems
<input type="checkbox"/>	E. Ulcer care
<input type="checkbox"/>	F. Surgical wound care
<input type="checkbox"/>	G. Application of nonsurgical dressings (with or without topical medications) other than to feet
<input type="checkbox"/>	H. Applications of ointments/medications other than to feet
<input type="checkbox"/>	I. Application of dressings to feet (with or without topical medications)
<input type="checkbox"/>	Z. None of the above were provided

Section N

Medications

N0300. Injections

Enter Days **Record the number of days that injections of any type** were received during the last 7 days or since admission/reentry if less than 7 days. If 0 → Skip to N0400, Medications Received

N0350. Insulin

Enter Days **A. Insulin injections - Record the number of days that insulin injections** were received during the last 7 days or since admission/reentry if less than 7 days

Enter Days **B. Orders for insulin - Record the number of days the physician (or authorized assistant or practitioner) changed the resident's insulin orders** during the last 7 days or since admission/reentry if less than 7 days

N0400. Medications Received

↓ **Check all medications the resident received at any time during the last 7 days or since admission/reentry if less than 7 days**

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | A. Antipsychotic |
| <input type="checkbox"/> | B. Antianxiety |
| <input type="checkbox"/> | C. Antidepressant |
| <input type="checkbox"/> | D. Hypnotic |
| <input type="checkbox"/> | E. Anticoagulant (warfarin, heparin, or low-molecular weight heparin) |
| <input type="checkbox"/> | F. Antibiotic |
| <input type="checkbox"/> | G. Diuretic |
| <input type="checkbox"/> | Z. None of the above were received |

Section O Special Treatments and Procedures

O0100. Special Treatments and Programs

Check all of the following treatments, programs and procedures that were performed during the last **14 days**

1. While NOT a Resident Procedure performed <i>while NOT a resident</i> of this facility and within the <i>last 14 days</i> . Only check column 1 if resident entered (admission or reentry) IN THE LAST 14 DAYS. If resident last entered 14 or more days ago, leave column 1 blank	1. While NOT a Resident	2. While a Resident
2. While a Resident Procedure performed <i>while a resident</i> of this facility and within the <i>last 14 days</i>	↓ Check all that apply ↓	
Cancer Treatments		
A. Chemotherapy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Radiation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respiratory Treatments		
C. Oxygen therapy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Suctioning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Tracheostomy care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Ventilator or respirator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. BiPAP/CPAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other		
H. IV medications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Transfusions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Dialysis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Hospice care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Respite care		<input type="checkbox"/>
M. Isolation or quarantine for active infectious disease (does not include standard body/fluid precautions)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
None of the Above		
Z. None of the above	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

O0250. Influenza Vaccine - Refer to current version of RAI manual for current flu season and reporting period

Enter Code <input type="checkbox"/>	A. Did the resident received the Influenza vaccine in this facility for this year's Influenza season? 0. No → Skip to O0250C, If Influenza vaccine not received, state reason 1. Yes → Continue to O0250B, Date vaccine received
	B. Date vaccine received → Complete date and skip to O0300A, Is the resident's Pneumococcal vaccination up to date? <div style="display: flex; align-items: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div>–</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div>–</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="margin-left: 10px;"> Month Day Year </div> </div>
Enter Code <input type="checkbox"/>	C. If Influenza vaccine not received, state reason: 1. Resident not in facility during this year's flu season 2. Received outside of this facility 3. Not eligible - medical contraindication 4. Offered and declined 5. Not offered 6. Inability to obtain vaccine due to a declared shortage 9. None of the above

O0300. Pneumococcal Vaccine

Enter Code <input type="checkbox"/>	A. Is the resident's Pneumococcal vaccination up to date? 0. No → Continue to O0300B, If Pneumococcal vaccine not received, state reason 1. Yes → Skip to O0400, Therapies
Enter Code <input type="checkbox"/>	B. If Pneumococcal vaccine not received, state reason: 1. Not eligible - medical contraindication 2. Offered and declined 3. Not offered

Section O

Special Treatments and Procedures

00400. Therapies

Enter Number of Minutes

Enter Number of Minutes

Enter Number of Minutes

Enter Number of Days

A. Speech-Language Pathology and Audiology Services

- Individual minutes** - record the total number of minutes this therapy was administered to the resident **individually** in the last 7 days
- Concurrent minutes** - record the total number of minutes this therapy was administered to the resident **concurrently with one other resident** in the last 7 days
- Group minutes** - record the total number of minutes this therapy was administered to the resident as **part of a group of residents** in the last 7 days

If the sum of individual, concurrent, and group minutes is zero, → skip to 00400B, Occupational Therapy

- Days** - record the **number of days** this therapy was administered for **at least 15 minutes** a day in the last 7 days
- Therapy start date** - record the date the most recent therapy regimen (since the last assessment) started
- Therapy end date** - record the date the most recent therapy regimen (since the last assessment) ended - enter dashes if therapy is ongoing

- -
Month Day Year

- -
Month Day Year

B. Occupational Therapy

- Individual minutes** - record the total number of minutes this therapy was administered to the resident **individually** in the last 7 days
- Concurrent minutes** - record the total number of minutes this therapy was administered to the resident **concurrently with one other resident** in the last 7 days
- Group minutes** - record the total number of minutes this therapy was administered to the resident as **part of a group of residents** in the last 7 days

If the sum of individual, concurrent, and group minutes is zero, → skip to 00400C, Physical Therapy

- Days** - record the **number of days** this therapy was administered for **at least 15 minutes** a day in the last 7 days
- Therapy start date** - record the date the most recent therapy regimen (since the last assessment) started
- Therapy end date** - record the date the most recent therapy regimen (since the last assessment) ended - enter dashes if therapy is ongoing

- -
Month Day Year

- -
Month Day Year

C. Physical Therapy

- Individual minutes** - record the total number of minutes this therapy was administered to the resident **individually** in the last 7 days
- Concurrent minutes** - record the total number of minutes this therapy was administered to the resident **concurrently with one other resident** in the last 7 days
- Group minutes** - record the total number of minutes this therapy was administered to the resident as **part of a group of residents** in the last 7 days

If the sum of individual, concurrent, and group minutes is zero, → skip to 00400D, Respiratory Therapy

- Days** - record the **number of days** this therapy was administered for **at least 15 minutes** a day in the last 7 days
- Therapy start date** - record the date the most recent therapy regimen (since the last assessment) started
- Therapy end date** - record the date the most recent therapy regimen (since the last assessment) ended - enter dashes if therapy is ongoing

- -
Month Day Year

- -
Month Day Year

00400 continued on next page

Section O**Special Treatments and Procedures****O0400. Therapies - Continued**

Enter Number of Minutes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	D. Respiratory Therapy 1. Total minutes - record the total number of minutes this therapy was administered to the resident in the last 7 days If zero, → skip to O0400E, Psychological Therapy 2. Days - record the number of days this therapy was administered for at least 15 minutes a day in the last 7 days
Enter Number of Days <input type="text"/>	
Enter Number of Minutes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	E. Psychological Therapy (by any licensed mental health professional) 1. Total minutes - record the total number of minutes this therapy was administered to the resident in the last 7 days If zero, → skip to O0400F, Recreational Therapy 2. Days - record the number of days this therapy was administered for at least 15 minutes a day in the last 7 days
Enter Number of Days <input type="text"/>	
Enter Number of Minutes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	F. Recreational Therapy (includes recreational and music therapy) 1. Total minutes - record the total number of minutes this therapy was administered to the resident in the last 7 days If zero, → skip to O0500, Restorative Nursing Programs 2. Days - record the number of days this therapy was administered for at least 15 minutes a day in the last 7 days
Enter Number of Days <input type="text"/>	

O0500. Restorative Nursing Programs

Record the **number of days** each of the following restorative programs was performed (for at least 15 minutes a day) in the last 7 calendar days (enter 0 if none or less than 15 minutes daily)

Number of Days	Technique
<input type="text"/>	A. Range of motion (passive)
<input type="text"/>	B. Range of motion (active)
<input type="text"/>	C. Splint or brace assistance
Number of Days	Training and Skill Practice In:
<input type="text"/>	D. Bed mobility
<input type="text"/>	E. Transfer
<input type="text"/>	F. Walking
<input type="text"/>	G. Dressing and/or grooming
<input type="text"/>	H. Eating and/or swallowing
<input type="text"/>	I. Amputation/prostheses care
<input type="text"/>	J. Communication

O0600. Physician Examinations

Enter Days <input type="text"/> <input type="text"/>	Over the last 14 days, on how many days did the physician (or authorized assistant or practitioner) examine the resident?
---	--

O0700. Physician Orders

Enter Days <input type="text"/> <input type="text"/>	Over the last 14 days, on how many days did the physician (or authorized assistant or practitioner) change the resident's orders?
---	--

Section P

Restraints

P0100. Physical Restraints

Physical restraints are any manual method or physical or mechanical device, material or equipment attached or adjacent to the resident's body that the individual cannot remove easily which restricts freedom of movement or normal access to one's body

Coding: 0. Not used 1. Used less than daily 2. Used daily	↓ Enter Codes in Boxes	
	Used in Bed	
	<input type="checkbox"/>	A. Bed rail
	<input type="checkbox"/>	B. Trunk restraint
	<input type="checkbox"/>	C. Limb restraint
	<input type="checkbox"/>	D. Other
	Used in Chair or Out of Bed	
	<input type="checkbox"/>	E. Trunk restraint
	<input type="checkbox"/>	F. Limb restraint
	<input type="checkbox"/>	G. Chair prevents rising
	<input type="checkbox"/>	H. Other

Section Q

Participation in Assessment and Goal Setting

Q0100. Participation in Assessment

Enter Code <input type="checkbox"/>	A. Resident participated in assessment 0. No 1. Yes
Enter Code <input type="checkbox"/>	B. Family or significant other participated in assessment 0. No 1. Yes 9. No family or significant other
Enter Code <input type="checkbox"/>	C. Guardian or legally authorized representative participated in assessment 0. No 1. Yes 9. No guardian or legally authorized representative

Q0300. Resident's Overall Expectation

Complete only if A0310E = 1

Enter Code <input type="checkbox"/>	A. Resident's overall goal established during assessment process 1. Expects to be discharged to the community 2. Expects to remain in this facility 3. Expects to be discharged to another facility/institution 9. Unknown or uncertain
Enter Code <input type="checkbox"/>	B. Indicate information source for Q0300A 1. Resident 2. If not resident, then family or significant other 3. If not resident, family, or significant other, then guardian or legally authorized representative 9. None of the above

Q0400. Discharge Plan

Enter Code <input type="checkbox"/>	A. Is there an active discharge plan in place for the resident to return to the community? 0. No 1. Yes → Skip to Q0600, Referral
Enter Code <input type="checkbox"/>	B. What determination was made by the resident and the care planning team regarding discharge to the community? 0. Determination not made 1. Discharge to community determined to be feasible → Skip to Q0600, Referral 2. Discharge to community determined to be not feasible → Skip to next active section (V or X)

Q0500. Return to Community

Enter Code <input type="checkbox"/>	A. Has the resident been asked about returning to the community? 0. No 1. Yes - previous response was " no " 2. Yes - previous response was " yes " → Skip to Q0600, Referral 3. Yes - previous response was " unknown "
Enter Code <input type="checkbox"/>	B. Ask the resident (or family or significant other if resident is unable to respond): "Do you want to talk to someone about the possibility of returning to the community?" 0. No 1. Yes 9. Unknown or uncertain

Q0600. Referral

Enter Code <input type="checkbox"/>	Has a referral been made to the local contact agency? 0. No - determination has been made by the resident and the care planning team that contact is not required 1. No - referral not made 2. Yes
--	---

Section V Care Area Assessment (CAA) Summary

V0100. Items From the Most Recent Prior OBRA or Scheduled PPS Assessment

Complete only if A0310E = 0 and if the following is true for the **prior assessment**: A0310A = 01- 06 or A0310B = 01- 06

Enter Code <input type="text"/> <input type="text"/>	A. Prior Assessment Federal OBRA Reason for Assessment (A0310A value from prior assessment) 01. Admission assessment (required by day 14) 02. Quarterly review assessment 03. Annual assessment 04. Significant change in status assessment 05. Significant correction to prior comprehensive assessment 06. Significant correction to prior quarterly assessment 99. Not OBRA required assessment
Enter Code <input type="text"/> <input type="text"/>	B. Prior Assessment PPS Reason for Assessment (A0310B value from prior assessment) 01. 5-day scheduled assessment 02. 14-day scheduled assessment 03. 30-day scheduled assessment 04. 60-day scheduled assessment 05. 90-day scheduled assessment 06. Readmission/return assessment 07. Unscheduled assessment used for PPS (OMRA, significant or clinical change, or significant correction assessment) 99. Not PPS assessment
	C. Prior Assessment Reference Date (A2300 value from prior assessment) <div style="display: flex; align-items: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <input type="text"/> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <input type="text"/> </div> <div>–</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <input type="text"/> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <input type="text"/> </div> <div>–</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <input type="text"/> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <input type="text"/> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <input type="text"/> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <input type="text"/> </div> <div style="margin-left: 10px;"> Month Day Year </div> </div>
Enter Score <input type="text"/> <input type="text"/>	D. Prior Assessment Brief Interview for Mental Status (BIMS) Summary Score (C0500 value from prior assessment)
Enter Score <input type="text"/> <input type="text"/>	E. Prior Assessment Resident Mood Interview (PHQ-9©) Total Severity Score (D0300 value from prior assessment)
Enter Score <input type="text"/> <input type="text"/>	F. Prior Assessment Staff Assessment of Resident Mood (PHQ-9-OV) Total Severity Score (D0600 value from prior assessment)

Section V Care Area Assessment (CAA) Summary

V0200. CAAs and Care Planning

1. Check column A if Care Area is triggered.
2. For each triggered Care Area, indicate whether a new care plan, care plan revision, or continuation of current care plan is necessary to address the problem(s) identified in your assessment of the care area. The Addressed in Care Plan column must be completed within 7 days of completing the RAI (MDS and CAA(s)). Check column B if the triggered care area is addressed in the care plan.
3. Indicate in the Location and Date of CAA Information column where information related to the CAA can be found. CAA documentation should include information on the complicating factors, risks, and any referrals for this resident for this care area.

A. CAA Results

Care Area	A. Care Area Triggered	B. Addressed in Care Plan	Location and Date of CAA Information
	↓ Check all that apply ↓		
01. Delirium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02. Cognitive Loss/Dementia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
03. Visual Function	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
04. Communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
05. ADL Functional/Rehabilitation Potential	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
06. Urinary Incontinence and Indwelling Catheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
07. Psychosocial Well-Being	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
08. Mood State	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
09. Behavioral Symptoms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Activities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Falls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Nutritional Status	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Feeding Tube	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Dehydration/Fluid Maintenance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Dental Care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Pressure Ulcer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Psychotropic Drug Use	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Physical Restraints	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Return to Community Referral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

B. Signature of RN Coordinator for CAA Process and Date Signed

1. Signature _____

2. Date

Month		Day		Year			

C. Signature of Person Completing Care Plan and Date Signed

1. Signature _____

2. Date

Month		Day		Year			

Correction Request

Enter Code

1. **Add new record** → Skip to Z0100, Medicare Part A Billing
2. **Modify existing record** → Continue to X0150, Type of Provider
3. **Inactivate existing record** → Continue to X0150, Type of Provider

X0150. Type of Provider

Enter Code

1. **Nursing home (SNF/NF)**
2. **Swing Bed**

A. First name:

[illegible][illegible]

Enter Code

1. Male
2. Female

		-			-				
Month			Day			Year			

$$\boxed{}\boxed{}\boxed{} - \boxed{}\boxed{} - \boxed{}\boxed{}\boxed{}\boxed{}$$

Enter Code

01. **Admission** assessment (required by day 14)
02. **Quarterly** review assessment
03. **Annual** assessment
04. **Significant change in status** assessment
05. **Significant correction** to **prior comprehensive** assessment
06. **Significant correction** to **prior quarterly** assessment
99. **Not OBRA required** assessment

Enter Code

01. **5-day** scheduled assessment
02. **14-day** scheduled assessment
03. **30-day** scheduled assessment
04. **60-day** scheduled assessment
05. **90-day** scheduled assessment
06. **Readmission/return** assessment

07. **Unscheduled assessment used for PPS** (OMRA, significant or clinical change, or significant correction assessment)
Not PPS Assessment
 99. **Not PPS** assessment

Enter Code

0. **No**
1. **Start of therapy** assessment
2. **End of therapy** assessment
3. **Both Start and End of therapy** assessment

Page 34 of 38

Section X Correction Request

X0600. Type of Assessment - Continued

Enter Code <input type="checkbox"/>	D. Is this a Swing Bed clinical change assessment? Complete only if X0150 = 2 0. No 1. Yes
Enter Code <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	F. Entry/discharge reporting 01. Entry record 10. Discharge assessment- return not anticipated 11. Discharge assessment- return anticipated 12. Death in facility record 99. Not entry/discharge record

X0700. Date on existing record to be modified/inactivated - Complete one only

	A. Assessment Reference Date - Complete only if X0600F = 99 <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">-</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">-</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> MonthDayYear </div>
	B. Discharge Date - Complete only if X0600F = 10, 11, or 12 <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">-</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">-</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> MonthDayYear </div>
	C. Entry Date - Complete only if X0600F = 01 <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">-</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">-</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> MonthDayYear </div>

Correction Attestation Section - Complete this section to explain and attest to the modification/inactivation request

X0800. Correction Number

Enter Number <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enter the number of correction requests to modify/inactivate the existing record, including the present one
---	--

X0900. Reasons for Modification - Complete only if Type of Record is to modify a record in error (X0100 = 2)

↓ Check all that apply	
<input type="checkbox"/>	A. Transcription error
<input type="checkbox"/>	B. Data entry error
<input type="checkbox"/>	C. Software product error
<input type="checkbox"/>	D. Item coding error
<input type="checkbox"/>	Z. Other error requiring modification If "Other" checked, please specify: _____

X1050. Reasons for Inactivation - Complete only if Type of Record is to inactivate a record in error (X0100 = 3)

↓ Check all that apply	
<input type="checkbox"/>	A. Event did not occur
<input type="checkbox"/>	Z. Other error requiring inactivation If "Other" checked, please specify: _____

Section X

Correction Request

X1100. RN Assessment Coordinator Attestation of Completion

A. Attesting individual's first name:

B. Attesting individual's last name:

C. Attesting individual's title:

D. Signature

E. Attestation date

Month

–

Day

–

Year

Section Z Assessment Administration

Z0100. Medicare Part A Billing

Enter Code <input type="checkbox"/>	A. Medicare Part A HIPPS code (RUG group followed by assessment type indicator):
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	B. RUG version code:
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	C. Is this a Medicare Short Stay assessment?
	0. No
	1. Yes

Z0150. Medicare Non-Therapy Part A Billing

	A. Medicare non-therapy Part A HIPPS code (RUG group followed by assessment type indicator):
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	B. RUG version code:
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Z0200. State Medicaid Billing (if required by the state)

	A. RUG Case Mix group:
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	B. RUG version code:
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Z0250. Alternate State Medicaid Billing (if required by the state)

	A. RUG Case Mix group:
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	B. RUG version code:
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Z0300. Insurance Billing

	A. RUG Case Mix group:
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	B. RUG version code:
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Section Z

Assessment Administration

Z0400. Signature of Persons Completing the Assessment or Entry/Death Reporting

I certify that the accompanying information accurately reflects resident assessment information for this resident and that I collected or coordinated collection of this information on the dates specified. To the best of my knowledge, this information was collected in accordance with applicable Medicare and Medicaid requirements. I understand that this information is used as a basis for ensuring that residents receive appropriate and quality care, and as a basis for payment from federal funds. I further understand that payment of such federal funds and continued participation in the government-funded health care programs is conditioned on the accuracy and truthfulness of this information, and that I may be personally subject to or may subject my organization to substantial criminal, civil, and/or administrative penalties for submitting false information. I also certify that I am authorized to submit this information by this facility on its behalf.

Signature	Title	Sections	Date Section Completed
A.			
B.			
C.			
D.			
E.			
F.			
G.			
H.			
I.			
J.			
K.			
L.			

Z0500. Signature of RN Assessment Coordinator Verifying Assessment Completion

A. Signature:

B. Date RN Assessment Coordinator signed assessment as complete:

 - -

Month

Day

Year

Anexo II – RAI-MDS (versão portuguesa)

MINIMUM DATA SET (MDS-3.0) Avaliação do Utente e Rastreio de Cuidados

Secção A		Identificação
A0100. Identificação da Instituição		
	<div style="margin-bottom: 10px;"> A. Nome da Instituição <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> B. Concelho <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> </div> <div> C. Nome do Director Técnico <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> </div>	
A0200. Tipo de Equipamento		
Insira o Código <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 5px;"></div>	Tipo de equipamento <div style="margin-top: 5px;"> 01. Lar de idosos 02. Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção 03. Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação 04. Unidade de Cuidados Continuados de Convalescência 05. Unidade de Cuidados Paliativos </div>	
A0300. Natureza Jurídica do Equipamento		
Insira o Código <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 5px;"></div>	<div style="margin-top: 5px;"> 01. Associações 02. Instituições particulares de solidariedade social ou equiparadas 03. Fundações 04. Irmandades das misericórdias 05. Sociedades </div>	
A0400. Financiamento do Equipamento		
Insira o Código <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 5px;"></div>	<div style="margin-top: 5px;"> 01. Privado com fins lucrativos 02. Privado sem fins lucrativos 03. Público </div>	
A0500. Entidade Financiadora		
Insira o Código <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 5px;"></div>	<div style="margin-top: 5px;"> 01. Segurança Social 02. Câmara Municipal / Junta de Freguesia 03. Instituição Particular de Solidariedade Social 04. Associação sem Estatuto de IPSS 05. Fundações 06. Empresas 07. Cooperativas 08. Sócios </div>	
A0600. Tipo de Serviço Prestado		
<div style="margin-bottom: 5px;"> ↓ A. Tipologia de Serviços Utilizados Verificar todos os serviços que são utilizados </div>		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<div style="margin-bottom: 5px;">A. Cuidados de Reabilitação</div> <div style="margin-bottom: 5px;">B. Cuidados médicos especializados</div> <div style="margin-bottom: 5px;">C. Apoio Psicológico à Família</div> <div style="margin-bottom: 5px;">D. Formação Específica à Família</div> <div style="margin-bottom: 5px;">E. Apoio na Aquisição de Bens e Serviços</div> <div>F. Transporte</div>	

Secção A Identificação

A0600. Tipo de Serviço Prestado (continuação)

Insira o Código

☐

B. A utilização deste serviço insere-se dentro do Internamento Temporário para Descanso do Cuidador

1. Sim
2. Não → Passar para A0700, Nome do Utente

C. Especifique a duração desse serviço em meses

Se não houver serviço deste tipo insira 99

A0700. Nome do Utente

A. Primeiro Nome

B. Último Nome

A0800. Género

Insira o Código

☐

1. Masculino
2. Feminino

A0900. Data de Nascimento

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mês			Dia			Ano			

A1000. Língua

Insira o Código

☐

A. O utente precisa ou quer um intérprete para comunicar com o médico ou com outros profissionais de saúde?

0. Não
1. Sim → Especificar em A1000B, Língua preferencial
9. Não é possível determinar

B. Língua preferencial

A1100. Estado Cível

Insira o Código

☐

1. Solteiro
2. Casado
3. Viúvo
4. Divorciado/Separado
5. União de Facto

A1200. Escolaridade

Insira o Código

☐

1. Nunca frequentou
2. Ensino Primário incompleto
3. Ensino Primário
4. Ensino Preparatório
5. Ensino Secundário
6. Ensino Profissional
7. Ensino Universitário

Secção A Identificação

A1300. Profissão

Insira o Código

01. Profissões das Forças Armadas
02. Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, directores e gestores executivos
03. Especialistas das actividades intelectuais e científicas
04. Técnicos e profissões de nível intermédio
05. Pessoal administrativo
06. Trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança e vendedores
07. Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta
08. Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices
09. Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
10. Trabalhadores não qualificados

A1400. Residência (Concelho)

A1500. Data de Entrada (data desta admissão/readmissão na instituição)

Mês

Dia

Ano

A1600. Tipo de Entrada

Insira o Código

1. Admissão
2. Readmissão

A1700. Origem da Entrada

Insira o Código

01. Comunidade(domicílio privado, famílias de acolhimento)
02. Internamento Hospitalar
03. Clínica de Reabilitação
04. Segurança Social
05. Instituição de Apoio Social

A1800. Data de Referência da Avaliação

Mês

Dia

Ano

AValiação Sócio/Económica do Utilizador

A1900. Identificação Rede Social Primária

A. Distribuição por Grau de Parentesco (número de indivíduos)

Cônjuge

Filhos e Netos

Irmãos

Sobrinhos

Secção A

Identificação

AVALIAÇÃO SÓCIO/ECONÓMICA DO UTILIZADOR (CONTINUAÇÃO)

A1900. Identificação Rede Social Primária

B. Entidades Financiadoras (valor recebido pelo utente em euros)

Segurança Social

Autarquia

Ministério da Saúde

Companhia de Seguros

Família

Insira o Código

C. Identificação da pessoa, de referência do utente, em caso de necessidade

1. Cônjuge

2. Filho

3. Neto

4. Irmão

5. Sobrinho

6. Amigo/Vizinho

A2000. Caracterização Económica

A. Rendimento Total Bruto Mensal

ESCALA DE GIJON

A2100. Situação Familiar

Insira o Código

1. Vive com a família sem dependência física/psíquica

2. Vive com o cônjuge de similar idade

3. Vive com a família e/ou cônjuge com algum grau de dependência

4. Vive sozinho mas tem filhos próximos

5. Vive sozinho sem filhos

A2200. Situação Económica

Insira o Código

1. Mais de 2 salários mínimos

2. De 2 salários mínimos até 1 salário mínimo

3. Desde ao salário mínimo até à pensão do sistema contributivo

4. Desde a pensão do sistema contributivo até à pensão social

5. Sem rendimentos ou inferiores ao anteriormente apresentado

A2300. Habitação

Insira o Código

1. Adequada às necessidades

2. Barreiras arquitectónicas na casa ou na entrada principal de acesso à habitação (degraus de escadas, portas estreitas, banheira...)

3. Humidade, fracas condições de higiene, equipamento inadequado (casa de banho incompleta, ausência de água quente, aquecimento...)

4. Ausência de elevador, telefone

5. Habitação inadequada (barracas, habitação em ruínas, ausência de equipamentos mínimos)

A2400. Relações Sociais

Insira o Código

1. Relações sociais

2. Relações sociais só com a famílias e com os vizinhos

3. Relações sociais só com a família ou vizinhos

4. Não sai do domicílio, mas recebe visitas

5. Não sai do domicílio nem recebe visitas

MDS 3.0

Página 4 de 33

Identificação

Insira o Código

1. Com apoio familiar ou de vizinhos
2. Voluntariado social, ajuda domiciliária
3. Não tem apoio
4. Pendente do ingresso numa instituição geriátrica
5. Tem cuidados permanentes

Inserir Pontuação

Somar pontos das questões A1700 - A2100 e preencher na pontuação total (5-25)
Inserir 99 se não for possível completar uma ou mais questões da entrevista

Avalie todos os itens segundo os últimos sete dias a não ser que outro espaço de tempo seja indicado

Audição, Fala e Visão

Insira o Código

0. **Não** → Continuar para B0200, Audição

Insira o Código

0. **Adequada** - sem dificuldade na conversa normal, interação social, ouvir TV
1. **Dificuldade mínima** - dificuldade em alguns ambientes (por exemplo, quando uma pessoa fala baixo ou o ambiente é ruidoso)
2. **Dificuldade moderada** - o orador tem de aumentar o volume e falar claramente e pausadamente
3. **Severamente comprometida** - ausência de audição útil

Insira o Código

0. Não
1. Sim

Insira o Código

0. **Discurso claro** - palavras distintas e perceptíveis
1. **Discurso pouco claro** - pronuncia indistintamente ou palavras arrastadas
2. **Sem discurso** - ausência da pronúncia de palavras

Insira o Código

0. **Compreendido**
1. **Normalmente compreendido** - dificuldade em expressar algumas palavras ou terminar os pensamentos, **mas** é capaz se for solicitado ou dado tempo
2. **Algumas vezes compreendido** - a capacidade está limitada a fazer pedidos concretos
3. **Raramente/nunca compreendido**

Insira o Código

0. **Compreende** - compreensão clara
1. **Normalmente compreende** - falha em algumas partes/intenção da mensagem, **mas** compreende a maior parte do discurso
2. **Algumas vezes compreende** - responde adequadamente apenas a comunicação simples e directa
3. **Raramente/nunca compreende**

Insira o Código

0. **Adequada** - vê detalhes, incluindo a impressão regular em jornais/livros
1. **Prejudicada** - vê as letras grandes, mas não a impressão regular de jornais/livros
2. **Moderadamente prejudicada** - visão limitada, não é capaz de ver as manchetes dos jornais, mas é capaz de identificar objectos
3. **Altamente prejudicada** - na identificação de objectos, mas os olhos aparentam seguir os objectos
4. **Severamente prejudicada** - sem visão ou vê apenas luz, cores ou formas; os olhos não aparentam seguir objectos

Insira o Código

0. Não
1. Sim

Secção C

Padrões Cognitivos

C0100. Deve ser Realizada a Entrevista Breve do Estado Mental (C0200-C0500)?

Tente realizar a entrevista a todos os utentes.

Insira o Código

- Não** (utente é raramente/nunca é entendido) → Passar e completar C0700-C1000, Avaliação do Estado Mental pelos Funcionários
- Sim** → Continuar para C0200, Repetição de três palavras

Breve Entrevista Breve do Estado Mental (EBEM)

C0200. Repetição de Três Palavras

Insira o Código

Dizer ao utente: *"Eu vou lhe dizer três palavras para você se lembrar. Por favor, repita as palavras depois de eu dizer as 3. As palavras são: **meia, azul e cama**. Agora diga-me as três palavras."*

Número de palavras repetidas após a primeira tentativa:

- Nenhuma**
- Uma**
- Duas**
- Três**

Depois da primeira tentativa do utente, repita as palavras usando pistas (*para a palavra "meias" diga: algo para vestir; para a palavra "azul" diga: cor; para a palavra "cama" diga: peça de mobiliário*). Você pode repetir as palavras mais duas vezes.

C0300. Orientação Temporal (orientação no ano, mês e dia)

Insira o Código

Perguntar ao utente: *"Por favor diga-me em que ano é que estamos?"*

A. Capaz de dizer correctamente o ano

- Errou por mais de 5 anos** ou não respondeu
- Errou por 2 a 5 anos**
- Errou por 1 ano**
- Correcto**

Insira o Código

Perguntar ao utente: *"Em que mês é que estamos?"*

B. Capaz de dizer correctamente o mês

- Errou por mais de um mês** ou não respondeu
- Errou por 6 dias a 1 mês**
- Correcto até 5 dias**

Insira o Código

Perguntar ao utente: *"Que dia da semana é hoje?"*

C. Capaz de dizer correctamente o dia da semana

- Incorrecto ou não respondeu**
- Correcto**

C0400. Memória

Insira o Código

Perguntar ao utente: *"Vamos voltar a uma pergunta anterior. Quais foram as três palavras que eu lhe pedi para repetir?"*
Se não for capaz de recordar uma palavra, dê pistas para essa palavra (alguma coisa para vestir; uma cor; uma peça de mobiliário).

A. Capaz de se lembrar de "meia"

- Não** - não se lembrava
- Sim, depois da pista** ("alguma coisa para vestir")
- Sim, sem requerer pista**

Insira o Código

B. Capaz de se lembrar de "azul"

- Não** - não se lembrava
- Sim, depois da pista** ("a cor")
- Sim, sem requerer pista**

Insira o Código

C. Capaz de se lembrar de "cama"

- Não** - não se lembrava
- Sim, depois da pista** ("peça de mobiliário")
- Sim, sem requerer pista**

C0500. Resumo da Pontuação

Inserir Pontuação

Somar os pontos para as questões C0200-C0400 e preencher na pontuação total (00-15)

Inserir 99 se não foi possível completar uma ou mais questões da entrevista



Secção C

Padrões Cognitivos

C0600. Deve ser realizada a Avaliação do Estado Mental pelos Funcionários (C0700-C1000)?

Insira o Código

☐

0. **Não** (o utente foi capaz de completar a entrevista) → Passar para C1300, Sinais e sintomas de delirium
 1. **Sim** (o utente foi incapaz de completar a entrevista) → Continuar para C0700, Memória a curto prazo OK

Avaliação do Estado Mental pelos Funcionários

Não realizar se a Entrevista Breve do Estado Mental (C0200-C0500) foi completada

C0700. Memória a Curto Prazo OK

Insira o Código

☐

Parece ou aparenta lembrar-se após 5 minutos

0. **Memória OK**
 1. **Problema de memória**

C0800. Memória a Longo Prazo OK

Insira o Código

☐

Parece ou aparenta lembrar-se do passado longínquo

0. **Memória OK**
 1. **Problema de memória**

C0900. Memória/ Capacidade de Recordar

↓ Verificar todos os que normalmente, o utente foi capaz de recordar

☐

A. Estação actual

☐

B. Localização do próprio quarto

☐

C. Nomes e caras das pessoas/equipa

☐

D. Que ele/ela está numa instituição (exemplo: Lar, ICC, Centro de Dia, outros)

☐

Z. Nenhuma das anteriores foram recordadas

C1000. Capacidades Cognitivas para a Tomada de Decisões Diárias

Insira o Código

☐

Tomar decisões relativamente a Actividades de Vida Diária

0. **Independente** - decisões coerentes/razoáveis
 1. **Independência alterada** - alguma dificuldade apenas em novas situações
 2. **Moderadamente comprometida** - decisões pouco coerentes, necessita de pistas/supervisão
 3. **Severamente comprometida** - nunca/raramente toma decisões

Delirium

C1300. Sinais e Sintomas de Delirium (do CAM©)

Codificar **depois de concluída** a Entrevista Breve do Estado Mental ou Avaliação do Estado Mental pelos funcionários e revisão de informação médica

↓ Inserir códigos nas caixas	
Codificação: 0. Comportamento não está presente 1. Comportamento sempre presente, sem flutuações 2. Comportamento presente, com flutuações (vem e vai, mudanças na severidade)	<input type="checkbox"/> A. Desatenção - O utente teve dificuldade em focar a atenção (facilmente distraído, distante ou, dificuldade em acompanhar o que foi dito)?
	<input type="checkbox"/> B. Pensamento Desorganizado - Os pensamentos do utente desorganizados ou incoerentes (conversação irrelevante ou divagações, encadeamento de ideias confuso ou ilógico, ou mudança imprevisível de assunto para assunto)?
	<input type="checkbox"/> C. Nível alterado de consciência - O utente teve alteração do nível de consciência (exemplo: vigilante - sobressalta-se facilmente com qualquer som ou toque; letárgico - adormece várias vezes enquanto está a ser questionado, mas responde à voz e ao toque; estuporoso - muita dificuldade em acordar e manter-se acordado durante a entrevista; comatoso - não pode ser acordado)?
	<input type="checkbox"/> D. Lentificação psicomotora - O utente tem uma diminuição anormal do nível de actividade, como preguiça, falta de energia, olhar fixo, permanecer numa posição, movimenta-se muito lentamente?

C1600. Mudança Aguda do Estado Mental

Insira o Código

☐

Há evidências de uma mudança aguda no estado mental do utente em relação ao normal?

0. **Não**
 1. **Sim**

Secção D

Humor

D0100. Deve ser Realizada uma Entrevista do Humor do Utente - Tenta realizar a entrevista a todos os utentes

Insira o Código

0. **Não** (utente é raramente/nunca entendido) → passar para e completar D0500-D0600, Avaliação do Humor do utente pelos Funcionários (PHQ-9-OV)
1. **Sim** → Continuar para D0200, Entrevista de Humor do Utente (PHQ-9[©])

D0200. Entrevista do Humor do Utente (PHQ-9[©])

Pergunte ao utente: "Durante os últimos 14 dias, em quantos foi afectado/a por algum dos seguintes problemas?"

Se o sintoma está presente, inserir 1 (sim) na coluna 1, Sintoma Presente.

Se sim na coluna 1, então pergunte ao utente "**Quão frequentemente** você foi incomodado por isto?"

Leia e mostre ao utente o cartão com as opções de frequência dos sintomas. Indique a resposta na coluna 2, Frequência dos Sintomas

1. Sintoma Presente

0. **Não** (inserir 0 na coluna 2)
1. **Sim** (inserir 0-3 na coluna 2)
9. **Sem resposta** (deixar a coluna 2 em branco)

2. Frequência dos Sintomas

0. **Nunca ou 1 dia**
1. **2-6 dias** (alguns dias)
2. **7-11 dias** (metade ou mais dos dias)
3. **12-14 dias** (quase todos os dias)

**1.
Sintoma
Presente**

**2.
Frequência dos
Sintomas**

Insira os códigos nas colunas

A. Tive pouco interesse ou prazer em fazer coisas

B. Senti desânimo, desalento ou falta de esperança

C. Tive dificuldade em adormecer ou em dormir sem interrupções, ou dormi demais

D. Senti cansaço ou falta de energia

E. Tive falta ou excesso de apetite

F. Senti que não gosto de mim próprio/a - ou que sou um(a) falhado/a ou me desiludi a mim próprio/a ou à minha família

G. Tive dificuldade em concentrar-me nas coisas, como ao ler o jornal ou ver televisão

H. Movimentei-me ou falei tão lentamente que outras pessoas poderão ter notado. Ou o aposto: Estive agitado/a a ponto de andar de um lado para o outro muito mais que o habitual

I. Pensei que estaria melhor se estivesse morto/a, ou em magoar-me a mim próprio/a de alguma forma

D0300. Pontuação Total da Severidade

Insira Pontuação

Somar os pontos de todas as respostas da Coluna 2, Frequência do Sintoma. A pontuação total deve estar entre 00 e 27. Inserir 99 se não foi possível concluir a entrevista (isto é, Frequência do Sintoma está ausente em 3 ou mais itens).

D0350. Notificação de Segurança - Completar apenas se D0200I = 1, indicando a possibilidade do utente se auto-mutilar

Insira o Código

Foi algum funcionário ou responsável informado da existência duma potencial auto-mutilação do utente?

0. **Não**
1. **Sim**



Secção D

Humor

D0500. Avaliação do Humor do Utente pelos Funcionários (PHQ-9-OV)

Não realizar se a Entrevista do Humor do Utente (D0200-D0300) foi completada

Durante as últimas duas semanas, o utente teve alguns dos seguintes problemas ou comportamentos?

Se o sintoma estiver presente, inserir 1 (sim) na coluna 1, Sintoma Presente.
Depois passar para coluna 2, Frequência de Sintomas, e indicar a Frequência de Sintomas.

1. Sintoma Presente

0. **Não** (inserir 0 na coluna 2)
1. **Sim** (inserir 0-3 na coluna 2)

2. Frequência de Sintomas

0. **Nunca ou 1 dia**
1. **2-6 dias** (alguns dias)
2. **7-11 dias** (metade ou mais dos dias)
3. **12-14 dias** (quase todos os dias)

**1.
Sintoma
Presente**

**2.
Frequência de
Sintomas**

Insira os códigos nas colunas

A. Teve pouco interesse ou prazer em fazer as coisas

☐
☐

B. Sentiu desânimo, desalento ou falta de esperança

☐
☐

C. Teve dificuldade em adormecer ou em dormir sem interrupções, ou dormiu demais

☐
☐

D. Sentiu cansaço ou falta de energia

☐
☐

E. Teve falta ou excesso de apetite

☐
☐

F. Sentiu que não gosta de si próprio/a - ou que é um(a) falhado/a ou desiluiu a si próprio/a ou à sua família

☐
☐

G. Teve dificuldade em concentrar-se nas coisas, como ao ler o jornal ou ver televisão

☐
☐

H. Movimentou-se ou falou tão lentamente que outras pessoas poderão ter notado. Ou o oposto: esteve agitado/a a ponto de andar de um lado para o outro muito mais do que é habitual

☐
☐

I. Pensou que seria melhor estar morto/a, ou em magoar-se a si próprio/a de alguma forma

☐
☐

J. Estar Mal-humorado, facilmente irritável

☐
☐

D0600. Pontuação Total da Severidade

Inserir Pontuação

Somar os pontos de todas as respostas de frequência da coluna 2, Frequência de Sintomas. A pontuação total deve estar entre 00 e 30.

D0650. Notificação de Segurança - *Completar apenas* se D0500I1 = 1, indicando a possibilidade do utente se auto-mutilar

Inserir o Código

☐

Foi algum funcionário ou responsável informado da existência duma potencial auto-mutilação do utente?

0. **Não**
1. **Sim**

Seção E Comportamento

E0100. Psicose

↓ Verificar todos os que se aplicam

<input type="checkbox"/>	A. Alucinações (experiências perceptuais na ausência de estímulos sensoriais externos reais)
<input type="checkbox"/>	B. Ilusões (ou crenças que são firmemente mantidas, contrárias à realidade)
<input type="checkbox"/>	Z. Nenhuma das anteriores

Sintomas Comportamentais

E0200. Sintomas Comportamentais - Presença e Frequência

Note a presença dos sintomas e a sua frequência

Codificação: 0. Comportamento não exibido 1. Comportamento deste tipo ocorreu 1 a 3 dias 2. Comportamento deste tipo ocorreu entre 4 a 6 dias, mas não diariamente 3. Comportamento deste tipo ocorreu diariamente	Inserir o código nas caixas ↓	
	<input type="checkbox"/>	A. Sintomas comportamentais físicos direccionados a outros (por exemplo, bater, empurrar, pontapear, arranhar, agarrar, abusar outros sexualmente)
	<input type="checkbox"/>	B. Sintomas comportamentais verbais direccionados a outros (por exemplo, ameaçar os outros, gritar com os outros, amaldiçoar os outros)
	<input type="checkbox"/>	C. Outros sintomas comportamentais não direccionados a outros (por exemplo, sintomas físicos, tais como bater a si próprio ou arranhar-se, remexer, actos sexuais em público, tirar a roupa em público, atirar ou esfregar comida ou dejectos, ou sintomas verbais/vocais como gritar, sons perturbadores)

<input type="checkbox"/>	A. Sintomas comportamentais físicos direccionados a outros (por exemplo, bater, empurrar, pontapear, arranhar, agarrar, abusar outros sexualmente)
<input type="checkbox"/>	B. Sintomas comportamentais verbais direccionados a outros (por exemplo, ameaçar os outros, gritar com os outros, amaldiçoar os outros)
<input type="checkbox"/>	C. Outros sintomas comportamentais não direccionados a outros (por exemplo, sintomas físicos, tais como bater a si próprio ou arranhar-se, remexer, actos sexuais em público, tirar a roupa em público, atirar ou esfregar comida ou dejectos, ou sintomas verbais/vocais como gritar, sons perturbadores)

E0300. Presença de Sintomas Comportamentais Globais

Há algum sintoma comportamental nas questões E0200 codificadas com 1, 2 ou 3?

0. **Não** → Passar para E0800, Rejeição de Cuidados

1. **Sim** → Considerando a totalidade do item E0200, Sintomas Comportamentais, responder em baixo, aos itens E0500 e E0600

E0500. Impacto no Utente	
---------------------------------	--

Alguns dos sintomas identificados:	
Insira o Código <input type="text"/>	A. Colocou o utente em risco significativo de doença física ou lesão? 0. Não 1. Sim
Insira o Código <input type="text"/>	B. Interferiu significativamente os cuidados do utente? 0. Não 1. Sim
Insira o Código <input type="text"/>	C. Interferiu significativamente com a participação do utente em actividades ou interacções sociais? 0. Não 1. Sim

E0600. Impacto nos Outros	
----------------------------------	--

Alguns dos sintomas identificados:	
Insira o Código <input type="text"/>	A. Colocou outros em risco significativo de lesão física? 0. Não 1. Sim
Insira o Código <input type="text"/>	B. Perturbou significativamente a privacidade ou as actividades dos outros? 0. Não 1. Sim
Insira o Código <input type="text"/>	B. Perturbou significativamente os cuidados ou ambiente social? 0. Não 1. Sim

E0800. Rejeição de Cuidados - Presença e Frequência

Insira o Código <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 5px auto;"></div>	<p>O utente rejeitou a avaliação ou cuidados(ex: transfusão de sangue, toma de medicamentos, assistência nas AVD's) que são necessários para alcançar os objectivos para a sua saúde e para o seu bem-estar? Não incluir comportamentos que já foram abordados (por exemplo, discussão do plano de cuidados com o utente ou família), e/ou determinados para serem coerentes com os valores, preferências ou objectivos do utente.</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Comportamento não exibido 1. Comportamento deste tipo ocorreu 1 a 3 dias 2. Comportamento deste tipo ocorreu 4 a 6 dias, mas não diariamente 3. Comportamento deste tipo ocorreu diariamente
--	---

Secção E Comportamento

E0900. Deambulação - Presença e Frequência

Insira o Código

O utente tem deambulado?

0. **Comportamento não exibido** → Passar para E1100, Mudança no Comportamento ou Outros Sintomas
1. **Comportamento deste tipo ocorreu 1 a 3 dias**
2. **Comportamento deste tipo ocorreu 4 a 6 dias**, mas não diariamente
3. **Comportamento deste tipo ocorreu diariamente**

E1000. Deambulação - Impacto

Insira o Código

A. Deambular coloca o utente em risco significativo de chegar a um local potencialmente perigoso (por exemplo, escadas, rua)?

0. **Não**
1. **Sim**

Insira o Código

B. Deambular interfere significativamente na privacidade das actividades dos outros?

0. **Não**
1. **Sim**

E1100. Mudança no Comportamento ou Outros Sintomas

Considerar todos os sintomas avaliados nos itens E0100 a E1000

Insira o Código

Como é o estado comportamental actual do utente, a rejeição de cuidados ou a deambulação, **comparando com a avaliação prévia?**

0. **Igual**
1. **Melhor**
2. **Pior**
3. **N/A** porque não houve uma avaliação prévia MDS

Secção F

Preferências para Rotina e Actividades Habituais

F0300. Deve ser realizada a entrevista sobre as preferências diárias e de actividades? - Tente entrevistar todos os utentes capazes de comunicar. Se o utente não for capaz de concluir, tentar completar com a ajuda de um familiar ou outra pessoa próxima do utente

Insira o Código

☐

0. **Não** → (o utente é raramente/nunca entendido e a família não está disponível) Passar para e completar F0800, Avaliação pelos Funcionários das Actividades Diárias Preferidas
1. **Sim** → Continuar F0400, Entrevista para Preferências Diárias

F0400. Entrevista para Preferências Diárias

Mostrar ao utente as opções de resposta e dizer: **"Enquanto está nesta instituição..."**

↓ Colocar códigos nas caixas

Codificação:

1. Muito importante
2. É importante
3. Não é muito importante
4. Não é nada importante
5. É importante, mas não pode fazer ou não tem escolha
9. Sem resposta ou não receptivo

☐

A. Quão importante é para si **escolher as roupas que veste?**

☐

B. Quão importante é para si **cuidar dos seus pertences ou objectos pessoais?**

☐

C. Quão importante é para si **escolher entre um banho de banheira, duche, banho na cama, ou banho de esponja?**

☐

D. Quão importante é para si **ter lanches entre as refeições?**

☐

E. Quão importante é para si **escolher a sua própria hora de dormir?**

☐

F. Quão importante é para si **ter a sua família ou um amigo próximo envolvido no planeamento dos seus cuidados?**

☐

G. Quão importante é para si **ser capaz de usar o telefone em privacidade?**

☐

H. Quão importante é para si **ter um lugar para guardar os seus objectos e mantê-los seguros?**

F0500. Entrevista para Actividades Favoritas

Mostrar ao utente as opções de resposta e dizer: **"Enquanto está nesta instituição..."**

↓ Colocar códigos nas caixas

Codificação:

1. Muito importante
2. É importante
3. Não é muito importante
4. Não é nada importante
5. É importante, mas não pode fazer ou não tem escolha
9. Sem resposta ou não receptivo

☐

A. Quão importante é para si **ter livros, jornais e revistas para ler?**

☐

B. Quão importante é para si **escutar as músicas que gosta?**

☐

C. Quão importante é para si **estar perto de animais, como animais de estimação?**

☐

D. Quão importante é para si **manter-se actualizado quanto às notícias?**

☐

E. Quão importante é para si **fazer coisas com grupos de pessoas?**

☐

F. Quão importante é para si **fazer as suas actividades favoritas?**

☐

G. Quão importante é para si **ir para a rua tomar ar fresco quando o tempo está bom?**

☐

H. Quão importante é para si **participar em cerimónias ou práticas religiosas?**

F0600. Principal Inquirido sobre as Preferências Diárias e de Actividades Favoritas

Insira o Código

☐

Indicar quem respondeu relativamente às Preferências Diárias e de Actividades Favoritas (F0400 and F0500)

1. **Utente**
2. **Familiar ou outro significativo** (amigo próximo ou outro representativo)
9. **A entrevista não pode ser concluída** pelo utente ou familiar/outro significativo ("sem resposta" a 3 ou mais itens)



Secção F

Preferências para Rotina e Actividades Habituais

F0700. Deve ser realizada a Avaliação pelos Funcionários das Preferências Diárias e de Actividades?

Insira o Código

0. **Não** (porque a entrevista sobre as Preferências Diárias de Actividades (F0400 and F0500) foi concluída pelo utente ou familiar/outro significativo) → Passar para e completar G0110, Assistência nas Actividades da Vida Diária (AVD)
1. **Sim** (porque 3 ou mais itens na entrevista sobre Preferências Diárias e Actividades (F0400 and F0500) não foram concluídas pelo utente ou familiar/outro significativo) → Continuar para item F0800, Avaliação pelos Funcionários das Preferências Diárias e de Actividades

F0800. Avaliação pelos Funcionários das Preferências Diárias e de Actividades

Não realizar se a entrevista sobre as Preferências Diárias e Actividades (F0400-F0500) foi concluída

Preferências do Utente

↓ Assinalar todos os que se aplicam

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | A. Escolher a roupa para vestir |
| <input type="checkbox"/> | B. Cuidar dos pertences pessoais |
| <input type="checkbox"/> | C. Tomar banho de banheira |
| <input type="checkbox"/> | D. Tomar duche |
| <input type="checkbox"/> | E. Tomar banho na cama |
| <input type="checkbox"/> | F. Tomar banho de esponja |
| <input type="checkbox"/> | G. Lanches entre as refeições |
| <input type="checkbox"/> | H. Estar levantado depois das 20h00 |
| <input type="checkbox"/> | I. Envolvimento familiar ou do outro significativo no planeamento de cuidados |
| <input type="checkbox"/> | J. Uso do telefone em privacidade |
| <input type="checkbox"/> | K. Lugar para guardar os pertences pessoais |
| <input type="checkbox"/> | L. Leitura de livros, jornais ou revistas |
| <input type="checkbox"/> | M. Ouvir música |
| <input type="checkbox"/> | N. Estar com animais, tais como animais de estimação |
| <input type="checkbox"/> | O. Manter-se actualizado quanto às notícias |
| <input type="checkbox"/> | P. Fazer coisas com grupos de pessoas |
| <input type="checkbox"/> | Q. Participar nas actividades favoritas |
| <input type="checkbox"/> | R. Passar algum tempo longe do lar de idosos |
| <input type="checkbox"/> | S. Passar algum tempo ao ar livre |
| <input type="checkbox"/> | T. Participar em práticas ou actividades religiosas |
| <input type="checkbox"/> | Z. Nenhuma das anteriores |

Secção G Estado Funcional

G0110. Assistências nas Actividades de Vida Diária (AVD's)

Consulte o diagrama das AVD's no manual do RAI para facilitar a codificação precisa

Instruções para a regra de 3

- Quando uma actividade ocorre 3 vezes em qualquer um dos níveis, codifique esse nível
- Quando uma actividade ocorre 3 vezes em múltiplos níveis, codifique o mais dependente, sendo excepção: o nível de dependência total (4) - actividade deve requer assistência total sempre; e actividade que não ocorreu (8), actividade não deve ter ocorrido. Exemplo: 3 vezes a assistência total (3) e 3 vezes assistência parcial (2), codificar assistência total (3)
- Quando uma actividade ocorre a vários níveis, mas não 3 vezes em qualquer nível, aplique o seguinte:
 - Quando há uma combinação do desempenho total dos funcionários, e assistência total, codifique assistência total
 - Quando há uma combinação do desempenho total dos funcionários, assistência que implique efectuar força com suporte de peso e/ou assistência sem necessidade de suporte de peso, codifique assistência parcial (2)

Se nenhuma das anteriores é conhecida codifique supervisão

1. Auto-Desempenho nas AVD's

Codifique para o **desempenho do utente** em todos os turnos - não incluir organização.
Se a AVD ocorreu 3 ou mais vezes em vários níveis de assistência, codifique o mais dependente, excepto para dependência total, que requer sempre assistência total dos funcionários.

Codificação:

A actividade ocorreu 3 ou mais vezes

0. **Independente** - sem ajuda ou supervisão
1. **Supervisão** - vigilância, encorajamento ou indicação
2. **Assistência parcial** - utente altamente envolvido na actividade, os funcionários proporcionam movimentação dos membros guiada ou assistência sem suporte de peso do utente
3. **Assistência total** - utente envolvido na actividade, os funcionários proporcionam suporte de peso e efectuem a força necessária
4. **Dependência total** - desempenho total dos funcionários nas actividades durante todos os dias, os últimos 7

A actividade ocorreu 2 ou menos vezes

7. **Actividade ocorreu apenas 1 ou 2 vezes** - actividade ocorreu mas apenas 1 ou 2 vezes
8. **Actividade não ocorreu** - a actividade (ou parte qualquer das AVD's) não foi realizada pelo utente ou pelos funcionários durante os últimos 7 dias

2. Suporte providenciado nas AVD's

Codifique para o **maior suporte providenciado** em todos os turnos; codificação independente do auto-desempenho nas AVD's

Codificação:

0. **Sem** organização ou ajuda física dos funcionários
1. **Apenas** ajuda na organização
2. **Uma** pessoa proporciona ajuda física
3. **Duas ou mais** proporcionam ajuda física
8. AVD's **não ocorreram** durante o período

	1. Auto-Desempenho ↓ Inserir código	2. Suporte ↓ Inserir código
A. Mobilidade na cama - como o utente se move de e apartir da posição deitado, vira-se de lado para lado e posiciona o corpo enquanto está na cama ou alterna o local onde dorme (cama/cadeirão)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Transferências - como o utente se move entre superfícies incluindo de ou para: cama, cadeira, cadeira de rodas, posição em pé (exclui-se de/para casa de banho).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Caminhar no quarto - como o utente caminha entre as proximidades do seu quarto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Caminhar no corredor - como o utente caminha no corredor na instrução.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Locomoção na instituição - como o utente se move e regressa entre o seu quarto e o corredor adjacente no mesmo andar. Se em cadeira de rodas, auto-suficiência uma vez na cadeira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Locomoção fora da instituição - como o utente move-se para e regressar de localizações fora da instituição (ex: áreas à parte para refeições, actividades ou tratamentos) Se a instituição tem apenas um piso , dizer como o utente se move de e para áreas distantes no piso. Se em cadeira de rodas, auto-suficiência uma vez na cadeira.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Vestir-se - como o utente coloca, aperta e tira todas as roupas, incluindo coloca/remover prótese ou coloca meias elásticas. Vestir-se inclui colocar e mudar pijamas e roupas de casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Alimentar-se - como o utente come e bebe, indiferentemente da capacidade. Não inclui comer/beber durante a medicação. Inclui ingestão de alimentos por outros meios (ex: tubo de alimentação, nutrição parental total, administração de fluídos IV para nutrição ou hidratação).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Uso da casa-de-banho - como o utente usa a casa-de-banho, lavatório, arrastadeira ou urinol; transfere-se dentro/fora da casa-de-banho; limpa-se após eliminação; muda de cuecas, cuida da ostomia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Higiene Pessoal - Como o utente mantém higiene pessoal, incluindo escovar cabelo, lavar os dentes, barbear-se, aplicar maquilhagem, lavar/limpar face e mãos (exclui banhos e duchas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Secção G Estado Funcional

G0120. Banho

Como é que o utente toma banho completo, banho de esponja e transfere-se para dentro ou fora da banheira(**exclui** lavagem das costas e cabelo). Codifique para o desempenho **mais dependente** do utente

Inserir o Código <input type="checkbox"/>	A. Auto-Desempenho 0. Independentes - não é providenciada ajuda 1. Supervisão - ajuda apenas em lapsos 2. Ajuda física apenas para transferências 3. Ajuda física em parte do banho 4. Dependência total 8. A actividade não ocorreu durante o período
Inserir o Código <input type="checkbox"/>	B. Suporte providenciado Utilizar os códigos definidos no item G0110, coluna 2, referente ao Suporte Providenciado nas AVD's

G0300. Equilíbrio Durante as Transições e Marcha

Após ter observado o utente, **codifique os seguintes itens sobre a transição e marcha para a maior dependência**

Codificação: 0. Seguro/firme em todas as vezes 1. Não seguro/firme, mas capaz de estabilizar sem assistência 2. Não seguro/firme, somente capaz de estabilizar com assistência 8. A actividade não ocorreu	↓ Inserir códigos nas caixas	
	<input type="checkbox"/>	A. Mudar-se de posição sentada para a posição erecta
	<input type="checkbox"/>	B. Marcha (com dispositivo de apoio se utilizado)
	<input type="checkbox"/>	C. Girar ao seu redor e ir em frente no sentido oposto
	<input type="checkbox"/>	D. Entrar e sair do WC
	<input type="checkbox"/>	E. Transferência de superfície para superfície (transferência entre cama e cadeira ou cadeira de rodas)

G0400. Limitações Funcionais na Amplitude do Movimento

Codifique para limitação que interfere com as funções diárias ou coloca o utente em risco de lesão

Codificação: 0. Sem deterioração/dano/prejuízo 1. Deterioração de um dos lados 2. Deterioração de ambos lados	↓ Inserir códigos nas caixas	
	<input type="checkbox"/>	A. Extremidade Superior (ombro, cotovelo, punho, mão)
	<input type="checkbox"/>	B. Extremidade Inferior (anca/quadril, joelho, tornozelo, pé)

G0600. Dispositivos de mobilidade

↓ **Assinalar todos os que são normalmente utilizados**

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | A. Bengala/muleta |
| <input type="checkbox"/> | B. Andarilho |
| <input type="checkbox"/> | C. Cadeira de rodas (manual ou eléctrica) |
| <input type="checkbox"/> | D. Prótese nos membros |
| <input type="checkbox"/> | Z. Nenhum dos anteriores foi utilizado |

G0900. Potencial de Reabilitação Funcional

Complete apenas se (A0310A = 01)

Inserir o Código <input type="checkbox"/>	A. O utente acredita que é capaz de uma maior independência em pelo menos algumas AVD 0. Não 1. Sim 2. Não é possível determinar
Inserir o Código <input type="checkbox"/>	B. A equipa que cuida do utente acredita que ele é capaz de uma maior independência em pelo menos algumas AVD's 0. Não 1. Sim

Secção H Bexiga e Intestino

H0100. Aparelhos/Dispositivos

↓ Assinalar todos os que se aplicam

- ☐ **A. Cateter** (ex. cateter supra púbico, tubo de nefrostomia, algália)
☐ **B. Fralda, colector urinário externo**
☐ **C. Ostomia** (incluindo urostomia, ileostomia e colostomia)
☐ **D. Cateterismo intermitente**
☐ **Z. Nenhuma das anteriores**

H0200. Programa de Treino de Continência

Insira o Código <input type="checkbox"/>	A. Foi implementado um programa de Treino urinário (por exemplo, ida à casa de banho agendada, esvaziamento/treino bexiga) na admissão/reentrada ou desde que a continência urinária foi verificada nesta instituição? 0. Não → Passar para H0300, Continência Urinária 1. Sim → Continuar para H0200B, Resposta 9. Não é possível determinar → Passar para H0200C Actual Programa de Treino e Continência
Insira o Código <input type="checkbox"/>	B. Resposta - Qual foi a resposta do utente ao Programa de Treino de Continência? 0. Sem melhorias 1. Diminuição das perdas de urina 2. Completamente seco (continente) 9. Não é possível determinar- ou programa de treino a decorrer
Insira o Código <input type="checkbox"/>	C. Actual Programa de Treino de Continência - Existe um programa de wc (por exemplo, ida à casa de banho agendada, esvaziamento/micção solicitado ou treino de bexiga) actualmente a ser utilizado para treinar a continência urinária do utente? 0. Não 1. Sim

H0300. Continência Urinária

Insira o Código <input type="checkbox"/>	Continência Urinária - Seleccionar a categoria que melhor descreve o utente 0. Sempre continente 1. Ocasionalmente incontinente (menos que 7 episódios de incontinência) 2. Frequentemente incontinente (7 ou mais episódios de incontinência, pelo menos 1 episódio de micção continente) 3. Sempre incontinente (sem episódios de micção continente) 9. Não foi avaliado - O utente tem um cateter, ostomia urinária, ou não tem saída de urina durante 7 dias
---	---

H0400. Continência Intestinal

Insira o Código <input type="checkbox"/>	Continência Intestinal - Seleccionar a categoria que melhor descreve o utente 0. Sempre continente 1. Ocasionalmente incontinente (um episódio de incontinência intestinal) 2. Frequentemente incontinente (2 ou mais episódios de incontinência intestinal, mas pelo menos 1 episódio de continência intestinal) 3. Sempre incontinente (sem episódios de continência) 9. Não avaliado - O utente tem uma ostomia ou não teve uma defecação durante 7 dias
---	--

H0500. Programa de Treino Intestinal

Insira o Código <input type="checkbox"/>	Está a ser usado um programa intestinal para treinar a continência intestinal do utente? 0. Não 1. Sim
---	---

H0600. Padrão Intestinal

Insira o Código <input type="checkbox"/>	Presença de obstipação? 0. Não 1. Sim
---	--

Diagnóstico de Doenças Activas

Diagnósticos listados em parênteses são fornecidos como exemplo e não devem ser considerados como listas de inclusão

	Cancro
<input type="checkbox"/>	I0100. Cancro (com ou sem Metástases)
	Cardiovascular
<input type="checkbox"/>	I0200. Anemia (ex. aplástica, perniciosa, deficiência de ferro e falciforme)
<input type="checkbox"/>	I0300. Fibrilhação auricular e outras arritmias (ex. bradicardias e taquicardias)
<input type="checkbox"/>	I0400. Doença Coronária Arterial (DCA) (ex. angina, enfarte do miocárdio, doença arteriosclerótica)
<input type="checkbox"/>	I0500. Trombose Venosa Profunda (TVP) / Embolia Pulmonar (EP) ou Trombolismo Pulmunar (TEP)
<input type="checkbox"/>	I0600. Insuficiência Cardíaca (ex. ICC, Edema Agudo do Pulmão)
<input type="checkbox"/>	I0700. Hipertensão Arterial
<input type="checkbox"/>	I0800. Hipotensão Ortostática
<input type="checkbox"/>	I0900. Doença Vascular Periférica / Doença Arterial Periférica
	Gastrointestinal
<input type="checkbox"/>	I1100. Cirrose
<input type="checkbox"/>	I1200. Refluxo Gastro Esofágico (RGE) (inclui úlceras esofágicas, gástricas e pépticas)
<input type="checkbox"/>	I1300. Colite Ulcerosa / Doença de Crohn / Doença Intestinal Inflamatória
	Genito-Urinário
<input type="checkbox"/>	I1400. Hiperplasia Benigna da Próstata (HBP)
<input type="checkbox"/>	I1500. Insuficiência Renal ou Falência Renal / Doença Renal Terminal
<input type="checkbox"/>	I1600. Bexiga Neurogénica
<input type="checkbox"/>	I1650. Uropatia Obstrutiva
	Infecções
<input type="checkbox"/>	I1700. Organismo Multiresistente
<input type="checkbox"/>	I2000. Pneumonia
<input type="checkbox"/>	I2100. Septicemia
<input type="checkbox"/>	I2200. Tuberculose
<input type="checkbox"/>	I2300. Infecção do Tracto Urinário (ITU) (últimos 30 dias)
<input type="checkbox"/>	I2400. Hepatite Vírica (inclui Hepatite A, B, C, D & E)
<input type="checkbox"/>	I2500. Feridas Infectadas (outras que não do pé)
	Doenças Metabólicas
<input type="checkbox"/>	I2900. Diabetes Mellitus (DM) (ex. Retinopatia, Nefropatia e Neuropatia Diabética)
<input type="checkbox"/>	I3100. Hiponatremia
<input type="checkbox"/>	I3200. Hipercaliemia
<input type="checkbox"/>	I3300. Dislipidémia (ex. Hipercolesterolemia)
<input type="checkbox"/>	I3400. Distúrbios da Tiróide (ex. Hipotiroidismo, Hipertiroidismo e Tiroidite de Hashimoto)
	Músculo-Esqueléticas
<input type="checkbox"/>	I3700. Artrite (Doença Articular Degenerativa, Osteoartrite e Artrite Reumatóide (AR))
<input type="checkbox"/>	I3800. Osteoporose
<input type="checkbox"/>	I3900. Fractura da Anca - qualquer fractura da anca que esteja relacionada com o estado actual, tratamentos, monitorização. (ex. fracturas sub-capitais, fracturas do trocanter e do Colo do Fémur)
<input type="checkbox"/>	I4000. Outra Fractura
	Neurológicas
<input type="checkbox"/>	I4200. Doença de Alzheimer
<input type="checkbox"/>	I4300. Afasia
<input type="checkbox"/>	I4400. Paralisia Cerebral
<input type="checkbox"/>	I4500. Acidente Vascular Cerebral / Acidente Isquémico Transitório
<input type="checkbox"/>	I4800. Demência (ex. Demência Não-Alzheimer como Demência Vascular ou Multi-Enfarte, Demências Mistas, Demência Fronto-Temporal como Doença de Pick e Demência relacionada com AVC, Parkinson, Huntington, ou Doença de Creutzfeldt-Jakob)

O Diagnóstico de Doenças Neurológicas continua na Próxima Página

Secção I		Diagnóstico de Doenças Activas	
Doenças Activas nos Últimos 30 dias - Assinalar todas as que se aplicam			
Neurológicas - Continuação			
<input type="checkbox"/>	I4900.	Hemiplegia / Hemiparesia	
<input type="checkbox"/>	I5000.	Paraplegia	
<input type="checkbox"/>	I5100.	Tetraplegia	
<input type="checkbox"/>	I5200.	Esclerose Múltipla	
<input type="checkbox"/>	I5250.	Doença de Huntington	
<input type="checkbox"/>	I5300.	Doença de Parkinson	
<input type="checkbox"/>	I5350.	Síndrome Tourette	
<input type="checkbox"/>	I5400.	Distúrbios Conulsivos	
<input type="checkbox"/>	I5500.	Traumatismo Craneo-Encefálico	
Nutricional			
<input type="checkbox"/>	I5600.	Desnutrição (protéica ou calórica) ou em risco de desnutrição	
Psiquiátrica / Distúrbio de Humor			
<input type="checkbox"/>	I5700.	Distúrbio de Ansiedade	
<input type="checkbox"/>	I5800.	Depressão (exclui a bipolar)	
<input type="checkbox"/>	I5900.	Depressão Maníaco-Depressiva (Doença Bipolar)	
<input type="checkbox"/>	I5950.	Distúrbio Psicótico (excepto Esquizofrenia)	
<input type="checkbox"/>	I6000.	Esquizofrenia	
<input type="checkbox"/>	I6100.	Stress pós-traumático	
Pulmonar			
<input type="checkbox"/>	I6200.	Asma/DPOC ou Doença Crónica Pulmonar (inclui Bronquite Crónica e Doenças Pulmonares Restritivas como Asbetose)	
<input type="checkbox"/>	I6300.	Insuficiência Respiratória	
Visão			
<input type="checkbox"/>	I6500.	Cataratas, Glaucoma ou Degeneração Macular	
Nenhuma das Anteriores			
<input type="checkbox"/>	I7900.	Nenhuma das anteriores nos últimos 7 dias	
Outras			
<input type="checkbox"/>	I8000.	Diagnósticos Adicionais	
		Insira o diagnóstico na linha e o código CID	
		A. _____	
		B. _____	
		C. _____	
		D. _____	
		E. _____	
		F. _____	
		G. _____	
		H. _____	
		I. _____	
		J. _____	

Secção J Condições de Saúde

J0100. Gestão da Dor - Completar para todos os Utentes, independentemente do nível de dor actual

Em algum momento dos últimos 5 dias o utente:

Insira o Código <input type="checkbox"/>	A. Fez alguma medicação para a dor pré-definida na folha de medicação (excepto SOS)? 0. Não 1. Sim
Insira o Código <input type="checkbox"/>	B. Tomou medicação em SOS para a dor? 0. Não 1. Sim
Insira o Código <input type="checkbox"/>	C. Recebeu intervenções não farmacológicas para a dor? 0. Não 1. Sim

J0200. Deverá a Entrevista de Avaliação da Dor ser Efectuada?

Tente aplicar a todos os utentes. Se o utente é comatoso, passe para J1100, Falta de Ar (Dispneia)

Insira o Código <input type="checkbox"/>	0. Não (o utente é raramente/nunca se entende) → Ir para e completar J0800, Indicadores da Dor 1. Sim → Continuar para J0300, Presença da Dor
---	--

Entrevista de Avaliação da Dor

J0300. Presença da Dor

Insira o Código <input type="checkbox"/>	Perguntar ao utente: "Teve dor ou sofrimento em algum momento nos últimos 5 dias?" 0. Não → Passar para J1100, Falta de Ar 1. Sim → Continuar para J0400, Frequência da Dor 9. Incapaz de responder → Passar para J0800, Indicadores de Dor ou Possível Dor
---	---

J0400. Frequência da Dor

Insira o Código <input type="checkbox"/>	Perguntar ao utente: "Durante quanto tempo sentiu dor ou sofrimento nos últimos 5 dias?" 1. Quase constantemente 2. Frequentemente 3. Ocasionalmente 4. Raramente 9. Incapaz de responder
---	---

J0500. Efeito da Dor na Funcionalidade

Insira o Código <input type="checkbox"/>	A. Perguntar ao utente: "Durante os últimos 5 dias a dor dificultou-lhe o sono à noite?" 0. Não 1. Sim 9. Incapaz de responder
Insira o Código <input type="checkbox"/>	B. Perguntar ao utente: "Durante os últimos 5 dias limitou as suas actividades da vida diária por causa da dor?" 0. Não 1. Sim 9. Incapaz de responder

J0600. Intensidade da Dor - Aplicar **APENAS UMA** das seguintes questões sobre intensidade da dor (A ou B)

Inserir Pontuação <input type="text"/>	A. Escala de Pontuação Numérica (00-10) Perguntar ao utente: "Por favor classifique a sua pior dor durante os últimos 5 dias numa escala de zero a dez, sendo zero a ausência de dor e dez a pior dor que possa imaginar." (Mostre ao utente a escala da dor 00-10) Indique a resposta com dois dígitos. Indique 99 para incapaz de responder.
Insira o Código <input type="checkbox"/>	B. Escala Verbal Perguntar ao utente: "Por favor classifique a intensidade da sua pior dor durante os últimos 5 dias." (mostre ao utente a escala verbal) 1. Leve 2. Moderada 3. Severa 4. Muito Severa, horrível 9. Incapaz de responder



Secção J Condições de Saúde

J0700. Deve ser avaliada a dor pelos funcionários?

Insira o Código

☐

0. **Não** (utente completou a entrevista de avaliação da dor) → Passar para J1100, Falta de Ar (Dispneia)
 1. **Sim** (utente foi incapaz de completar a entrevista de avaliação de dor) → Continuar para J0800, Indicadores de Dor ou Possível Dor

Avaliação da Dor pelos Funcionários

J0800. Indicadores da Dor ou Possível Dor nos últimos 5 dias

↓ Assinale todos os que se aplicam

- ☐ **A. Sons não verbais** (choro, arfar, lamúria ou gemidos)
- ☐ **B. Formas vocais de queixa de dor** (isso, dói, ui, ai, páre)
- ☐ **C. Expressões Faciais** (caretas, estremecer, esgares, testa ou sombrancelha enrugada, dentes cerrados ou maxilares cerrados)
- ☐ **D. Movimentos ou posturas corporais de protecção** (agarrar, proteger, esfregar ou massagar uma parte do corpo, apoiar ou segurar uma parte do corpo quando em movimento)
- ☐ **Z. Nenhum destes sinais observados ou documentados** Se verificado, passar para J1100, Falta de Ar (Dispneia)

J0850. Frequência de Indicadores de Dor ou de Possível Dor nos Últimos 5 Dias

Insira o Código

☐

Frequência com que o utente apresenta queixas de dor ou possível dor

1. **Indicadores de dor ou possível dor observados em 1 ou 2 dias**
 2. **Indicadores de dor ou possível dor observados em 3 ou 4 dias**
 3. **Indicadores de dor ou possível dor observados diariamente**

Outras Condições de Saúde - Completar para todos os utentes

J1100. Falta de Ar (Dispneia)

↓ Assinale todas as que se aplicam (nos últimos 5 dias)

- ☐ **A. Falta de ar** ou dificuldades respiratórias **com o esforço** (exemplo: caminhar, tomar banho, transferir-se)
- ☐ **B. Falta de ar** ou dificuldades respiratórias **quando sentado em repouso**
- ☐ **C. Falta de ar** ou dificuldades respiratórias **deitado**
- ☐ **Z. Nenhuma das anteriores**

J1300. Hábitos Tabágicos

Insira o Código

☐

Uso de tabaco

0. **Não**
 1. **Sim**

J1400. Prognóstico

Insira o Código

☐

O utente tem uma condição ou doença crónica da qual pode resultar **uma esperança de vida inferior a 6 meses?** (Exige documentação médica. Se não documentado, conversar com o médico e solicitar evidência documental)

0. **Não**
 1. **Sim**

J1550. Condições Problemáticas

↓ Assinale todas as que se aplicam nos últimos 5 dias:

- ☐ **A. Febre**
- ☐ **B. Vómitos**
- ☐ **C. Desidratação**
- ☐ **D. Hemorragia Interna**
- ☐ **Z. Nenhuma das anteriores**

Secção J Condições de Saúde

J1700. Histórico de Quedas no Momento da Admissão

Completar apenas se A0310A = 01 ou A0310=1

Insira o Código <input type="checkbox"/>	A. O utente teve alguma queda nos últimos 30 dias (mês) antes da admissão? 0. Não 1. Sim 9. Incapaz de responder
Insira o Código <input type="checkbox"/>	B. O utente teve alguma queda nos últimos 31-180 dias (2-6 meses) antes da admissão? 0. Não 1. Sim 9. Incapaz de determinar
Insira o Código <input type="checkbox"/>	C. O utente teve alguma fractura relacionada com uma queda nos 6 meses , antes da admissão? 0. Não 1. Sim 9. Incapaz de responder

J1800. Alguma Queda desde a Admissão ou Avaliação Anterior - Consoante a que seja mais recente

Insira o Código <input type="checkbox"/>	O utente teve alguma queda desde a admissão ou a avaliação anterior, consoante a que seja mais recente. 0. Não → Passar para Secção K, Distúrbios da Deglutição 1. Sim → Continuar para J1900, Número de Quedas desde a Avaliação Anterior
---	---

J1900. Número de Quedas desde a Admissão ou Avaliação Anterior, consoante a que seja mais recente

Codificação: 0. Nenhuma 1. Uma 2. Duas ou mais	↓ Inserir código nas caixas	
	<input type="checkbox"/>	A. Sem lesões - Não foi notada evidência de qualquer lesão na avaliação física pela enfermeira ou médico; sem queixas de dor ou lesão pelo utente; não foram notadas alterações no comportamento do utente após a queda
	<input type="checkbox"/>	B. Lesões (excepto lesões major) - Arranhões, abrasões, lacerações, equimoses, hematomas e entorses; ou qualquer lesão relacionada com queda de que o utente se queixe com dor
	<input type="checkbox"/>	C. Lesões major - Fracturas de ossos, deslocações articulares, lesão craneana fechada com alterações no estado de consciência; hematoma subdural

Secção K

Estado Deglutição/Nutricional

K0100. Distúrbios da Deglutição

Sinais e sintomas de possíveis distúrbios da deglutição.

↓

Assinalar todos os que aplicam (nos últimos 5 dias)

☐

A. Perda de líquidos/sólidos pela boca a comer ou beber

☐

B. Manter comida na boca ou bochechas ou comida residual na boca após das refeições

☐

C. Tossir ou engasgar-se durante as refeições ou ao deglutir a medicação

☐

D. Queixas de dificuldades ou dor com a deglutição

☐

Z. Nenhuma das anteriores

K0200. Altura e Peso

cm

Kg

A. **Altura** (em centímetros). Registrar a avaliação mais recente avaliação da altura desde a admissão.
(Se a avaliação da altura incluir uma fracção fazer arredondamento)

B. **Peso** (em quilogramas). Peso da avaliação mais recente avaliação nos últimos 30 dias; medir o peso consistentemente, de acordo com as práticas estabelecidas (ex: de manhã, depois de evacuar, antes da refeição, sem sapatos, etc.).
(Se a avaliação de peso incluir uma fracção fazer arredondamento)

K0300. Perda de Peso

Insira o Código

☐

Perda de 5% ou mais no último mês (ou desde a última avaliação mais recente)

perda de 10% ou mais nos últimos 180 dias

0. Não ou desconhecido

1. **Sim, em** regime nutricional para perda de peso prescrito por médico

2. **Sim, sem** regime nutricional para perda de peso prescrito por médico

K0500. Abordagem Nutricional

↓

Assinalar todas as que se aplicam (nos últimos 5 dias)

☐

A. Alimentação Parentérica/ IV

☐

B. Alimentação por sonda - nasogástrica ou abdominal (PEG)

☐

C. Dieta manipulada - requer mudança na textura dos alimentos ou líquidos (ex: comida passada, líquidos engrossados)

☐

D. Dieta terapêutica - (ex: baixo teor de sal, diabética, baixo colesterol)

☐

Z. Nenhuma das anteriores

K0700. Percentagem de Consumo por Via Artificial - Completar K0700 apenas se K0500A ou K0500B foram assinalados

Insira o Código

☐

A. Proporção do total de calorias que o utente recebeu por via parentérica ou por sonda nasogástrica

1. 25% ou menos

2. 26-50%

3. 51% ou mais

Insira o Código

☐

B. Dose média diária de fluídos por via parentérica ou por sonda nasogástrica

1. 500 cc/dia ou menos

2. 501 cc/dia ou mais

Secção L

Estado Oral/Dental

L0200. Dentário

↓

Assinalar todas as que se aplicam (nos últimos 5 dias:)

☐

A. Dentadura (parcial ou total) partida ou mal adaptada, parcial (lascada, rachado, impossível de limpar ou solta)

☐

B. Sem dentes naturais ou com fragmentos de dentes (edêntulo)

☐

C. Tecido da mucosa bucal anormal (úlceras, massas, lesões orais, incluindo debaixo da dentadura ou parcialmente, se usada)

☐

D. Cavidades óbvias ou prováveis ou dentes naturais partidos

☐

E. Gengivas inflamadas ou sangrentas ou dentes naturais partidos

☐

F. Dor na boca ou face, desconforto ou dificuldade na mastigação

☐

G. Incapaz de examinar

☐

Z. Nenhuma das anteriores

Secção M Condições da Pele

Reportar baseado no grau mais alto das úlceras de pressão existentes; não inverta o grau

M0100. Determinação do Risco de Úlceras de Pressão

↓ Seleccionar todas as que se aplicam

- ☐ A. O utente tem uma úlcera grau 1 ou superior, uma cicatriz numa proeminência óssea ou penso/dispositivo não removível
☐ B. Avaliação formal (ex. Braden, Norton, ou outra)
☐ C. Avaliação clínica
☐ Z. Nenhuma das anteriores

M0150. Risco de Úlceras de Pressão

Insira o Código ☐ O utente está em risco de desenvolver úlceras de pressão?
 0. Não
 1. Sim

M0210. Úlceras de Pressão por Cicatrizar

Insira o Código ☐ O utente tem uma ou mais úlceras de pressão por cicatrizar de grau 1 ou maior?
 0. Não → Ir para M0900, Úlceras de Pressão Cicatrizadas
 1. Sim → Continuar para M0300, Número Actual de Úlceras de Pressão por Cicatrizar (não-epitelizadas) em cada grau

M0300. Número Actual de Úlceras de Pressão por Cicatrizar (não-epitelizadas) em Cada Grau

Insira o Número <input type="text"/>	A. Número de Úlceras de Pressão Grau 1 Grau 1: Pele íntegra com eritema não branqueável numa área localizada, usualmente sobre proeminência óssea. Pele com pigmentação escura pode não ter um branqueamento visível; em peles de tez escura pode aparecer apenas com persistentes matizes azuis ou roxas
Insira o Número <input type="text"/>	B. Grau 2: Perda parcial da espessura da derme apresentando-se como uma úlcera superficial com o leito da ferida vermelho ou rosa, sem fibrina. Pode também apresentar-se como uma flictena (vesícula fechada ou aberta preenchida com líquido seroso) 1. Número de úlceras de pressão em Grau 2 - Se 0 → Ir para M0300C, Grau 3 2. Número destas úlceras de pressão Grau 2 que estavam presentes na admissão 3. Data da úlcera de pressão Grau 2 mais antiga: <div style="display: flex; align-items: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div>–</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div>–</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Mês Dia Ano </div>
Insira o Número <input type="text"/>	C. Grau 3: Perda total da espessura tecidual. Tecido adiposo subcutâneo pode ser visível mas sem exposição de osso, tendão ou músculo. Fibrina pode estar presente mas não impede a visualização da profundidade da ferida. Pode incluir locas e fistulas 1. Número de úlceras de pressão em Grau 3 - Se 0 → Ir para M0300D, Grau 4 2. Número destas úlceras de pressão Grau 3 que estavam presentes na admissão
Insira o Número <input type="text"/>	D. Grau 4: Perda total da espessura do tecido com exposição de osso, tendão ou músculo. Fibrina ou necrose podem estar presentes em algumas partes do leito da ferida. Frequentemente inclui locas e fistulas 1. Número de úlceras de pressão em Grau 4 - Se 0 → Ir para M0300E, Inclassificável: penso não removível 2. Número destas úlceras de pressão Grau 4 que estavam presentes na admissão

M0300 Continua na Próxima Página

Secção M Condições da Pele

M0300. Número Actual de Úlceras de Pressão por Cicatrizar (não-epitelizadas) em Cada Grau - Continuação

Insira o Número <input type="text"/>	E. Inclassificável - penso não removível: Conhecida mas inclassificável por penso/dispositivo não removível
Insira o Número <input type="text"/>	1. Número de úlceras de pressão em Inclassificável - penso não removível - Se 0 → Ir para M0300F, Inclassificável - necrose ou fibrina 2. Número destas úlceras de pressão Inclassificável - penso não removível que estavam presentes na admissão
Insira o Número <input type="text"/>	F. Inclassificável - necrose ou fibrina: Conhecida mas inclassificável por cobertura do leito da ferida por fibrina ou necrose
Insira o Número <input type="text"/>	1. Número de úlceras de pressão em Inclassificável - necrose ou fibrina - Se 0 → Ir para M0300G, Inclassificável - tecidos profundos 2. Número destas úlceras de pressão Inclassificável - necrose ou fibrina que estavam presentes na admissão
Insira o Número <input type="text"/>	G. Inclassificável - tecidos profundos: Suspeita de lesão de tecidos profundos em evolução
Insira o Número <input type="text"/>	1. Número de úlceras de pressão em Inclassificável - tecidos profundos - Se 0 → Ir para M0610, Dimensão de úlceras Grau 3 ou 4 por cicatrizar 2. Número destas úlceras de pressão Inclassificável - tecidos profundos que estavam presentes na admissão

M0610. Dimensão de Úlceras por Cicatrizar de Grau 3, 4 ou Necrose

Completar apenas se M0300C1, M0300D1, M0300F1 for maior que 0

Se o utente tem várias úlceras de pressão por cicatrizar deve-se identificar as úlceras com maior área de pressão e registar em centímetros

<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	A. Comprimento da Úlcera de Pressão: Maior da cabeça para os pés
<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	B. Largura da Úlcera de Pressão: Maior largura da mesma úlcera, perpendicular ao comprimento
<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	C. Profundidade da Úlcera de Pressão: Profundidade da mesma úlcera da superfície para a área mais profunda

M0700. Tecido Mais Severo de Qualquer Úlcera de Pressão

Insira o Código <input type="text"/>	Seleccionar a melhor descrição do mais severo tipo de tecido presente no leito de qualquer úlcera de pressão 1. Tecido Epitelial - nova pele em crescimento numa úlcera superficial. Pode ser ligeiramente rosado e brilhante, mesmo em pessoas com pele de pigmentação escura 2. Tecido Granulação - tecido rosado ou vermelho com aparência brilhante, húmida e granular 3. Fibrina - tecido amarelo ou branco que adere ao leito da cama em filamentos ou amontoados espessos, ou é mucosa 4. Tecido Necrótico - tecido branco, castanho ou escuro que adere firmemente ao leito da ferida ou aos bordos da úlcera, pode ser mole ou mais dura que a pele circundante
---	--

M0800. Involução das Úlceras de Pressão desde a Última Avaliação

Indicar o número de úlceras de pressão que não estavam presentes ou estavam em grau menor na última avaliação

Insira o Número <input type="text"/>	A. Grau 2
Insira o Número <input type="text"/>	B. Grau 3
Insira o Número <input type="text"/>	C. Grau 4

Secção M Condições da Pele

M0900. Úlceras de Pressão Cicatrizadas

Inserir o Código	<input type="checkbox"/>	A. Estava presente alguma úlcera de Pressão na última avaliação? 0. Não → Ir para M1030, Número de Úlceras Venosas ou Arteriais 1. Sim → Ir para M0900B
		Indicar o número de úlceras de Pressão que foram indentificadas no último MDS que cicatrizaram completamente. Se não houver UP cicatrizadas num certo Grau, inserir 0
Inserir o Número	<input type="checkbox"/>	B. Grau 2
Inserir o Número	<input type="checkbox"/>	C. Grau 3
Inserir o Número	<input type="checkbox"/>	D. Grau 4

M1030. Número de Úlceras Venosas e Arteriais

Inserir o Número	<input type="checkbox"/>	Inserir o número total de úlceras venosas e arteriais presentes
------------------	--------------------------	---

M1040. Outras Úlceras, Feridas ou Problemas de Pele

↓ Completar todas as que se aplicam nos últimos 5 dias	
	Problemas do Pé
<input type="checkbox"/>	A. Infecção no pé
<input type="checkbox"/>	B. Úlcera de pé diabético
<input type="checkbox"/>	C. Outra lesão aberta no pé
	Outros Problemas
<input type="checkbox"/>	D. Lesão aberta por outras úlceras, rash ou cortes
<input type="checkbox"/>	E. Ferida Cirúrgica
<input type="checkbox"/>	F. Queimadura
	Nenhuma das Anteriores
<input type="checkbox"/>	Z. Nenhuma das anteriores estava presente

M1200. Tratamentos às Úlceras e Pele

↓ Completar todas as que se aplicam	
<input type="checkbox"/>	A. Dispositivo de redução de pressão para cadeira
<input type="checkbox"/>	B. Dispositivo de redução de pressão para cama
<input type="checkbox"/>	C. Posicionar/Reposicionar
<input type="checkbox"/>	D. Intervenção de nutrição ou hidratação para lidar com problemas de pele
<input type="checkbox"/>	E. Cuidados à úlcera
<input type="checkbox"/>	F. Cuidados à ferida cirúrgica
<input type="checkbox"/>	G. Aplicação de pensos não cirúrgicos (com ou sem medicamentos tópicos) a outros que não ao pé
<input type="checkbox"/>	H. Aplicação de pomadas/medicação a outros que não ao pé
<input type="checkbox"/>	I. Aplicação de pensos ao pé (com ou sem medicação tópica)
<input type="checkbox"/>	Z. Nenhuma das anteriores foi providenciada

Secção N

Medicação

N0300. Injecções

Inserir os Dias

Assinalar o número de dias, em que foram recebidos injectáveis de qualquer tipo, durante os últimos 7 dias, ou desde a admissão/readmissão se o período for menor que 7 dias. Se o número de dias em que recebeu injecções for 0 → Passar para N0400, Medicação Recebida

N0350. Insulina

Inserir os Dias

A. Injecções de Insulina - Assinale o número de dias em que injecções de insulina foram recebidas durante os últimos 7 dias ou desde a admissão/readmissão se o período for menor que 7 dias.

Inserir os Dias

B. Pedidos de Insulina - Assinale o número de dias em que o médico (ou assistente/profissional autorizado) mudou os pedidos de insulina do utente durante os últimos 7 dias ou desde a admissão/reentradas se o período for menor que 7 dias.

N0400. Medicação Recebida



Assinale todas as medicações que o utentes recebeu em qualquer momento dos últimos 7 dias ou desde admissão/readmissão se o período for menor que 7 dias

☐

A. Antipsicóticos

☐

B. Ansiolíticos

☐

C. Antidepressivos

☐

D. Hipnóticos

☐

E. Anticoagulantes (varfarina, heparina ou heparina de baixo peso molecular)

☐

F. Antibióticos

☐

G. Diuréticos

☐

Z. Nenhum dos anteriores foi recebido

Secção O

Tratamentos Especiais e Procedimentos

O0100. Tratamentos Especiais e Programas

Assinalar todos os tratamentos, programas e procedimentos que foram realizados durante os últimos 14 dias

<div>1. Antes de ser utente</div> <div>Procedimento realizado enquanto não era utente desta instituição e durante os últimos 14 dias.</div> <div>Apenas assinalar a coluna 1 se o utente foi admitido (admissão ou readmissão) NOS ÚLTIMOS 14 DIAS.</div> <div>Se o utente entrou há 14 ou mais dias deixar a coluna 1 em branco.</div> <div>2. Como utente</div> <div>Procedimento realizado enquanto utente nesta instituição e durante os últimos 14 dias</div>	<div>1.</div> <div>Antes de ser</div> <div>Residente/Utente</div>	<div>2.</div> <div>Como</div> <div>Residente/Utente</div>
	↓ Assinalar todos os que se aplicam ↓	↓

Tratamentos Oncológicos

A. Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Radiação (Radioterapia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tratamentos Respiratórios

C. Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Aspiração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Cuidados a Traqueostomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Ventilador ou respirador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. BiPAP/CPAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outros

H. Medicação IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Transfusões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Diálise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Cuidados Paliativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Cuidados de Descanso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Isolamento ou quarentena para doenças infecciosas activas (não inclui precauções corpo/fluidos standartizados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nenhum dos Anteriores Mencionados

Z. Nenhum dos anteriores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

O0250. Vacina da Gripe - Refere-se à versão actual do manual RAI para a gripe sazonal e para o período em análise

<div>Insira o Código</div> <div><input type="checkbox"/></div>	<div>A. O utente recebeu a vacina da gripe sazonal deste ano na instituição?</div> <div>0. Não → Passar para O0250C, se não recebeu a vacina indicar a razão</div> <div>1. Sim → Continuar para O0250B, data de vacinação</div>
	<div>B. Data de Vacinação → Complete a data e passe à questão O0300A. A vacinação pneumocócica do residente/utente está actualizada?</div> <div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div>-</div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div>-</div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> </div> <div>Mês Dia Ano</div>
<div>Insira o Código</div> <div><input type="checkbox"/></div>	<div>C. Se não recebeu a vacina, indicar a razão:</div> <div>1. O Utente não se encontrava na instituição durante a época da gripe deste ano</div> <div>2. Vacinou-se fora da instituição</div> <div>3. Não elegível - contra-indicação médica</div> <div>4. Oferecida e recusada</div> <div>5. Não oferecida</div> <div>6. Incapacidade de obter vacina devido a uma escassez declarada</div> <div>9. Nenhuma das anteriores</div>

O0300. Vacina Pneumocócica

<div>Insira o Código</div> <div><input type="checkbox"/></div>	<div>A. A vacinação pneumocócica do utente está actualizada?</div> <div>0. Não → Continuar para O0300B, Se não recebeu a vacina pneumocócica indicar a razão</div> <div>1. Sim → Passar para O0400, Terapias</div>
<div>Insira o Código</div> <div><input type="checkbox"/></div>	<div>B. Se não recebeu a vacina pneumocócica indicar a razão:</div> <div>1. Não elegível - contra-indicação médica</div> <div>2. Oferecida e recusada</div> <div>3. Não oferecida</div>

Secção O

Tratamentos Especiais e Procedimentos

O0400. Terapias

Inserir Número em Minutos

Inserir Número em Minutos

Inserir Número em Minutos

Colocar Número de Dias

1. Minutos individuais

- registar o número total de minutos que esta terapia foi administrada ao utente **individualmente** nos últimos 7 dias

2. Minutos concorrentes

- registar o número total de minutos que esta terapia foi administrada ao utente **conjuntamente com um outro utente** nos últimos 7 dias

3. Minutos em grupo

- registar o número total de minutos que esta terapia foi administrada ao utente **enquanto membro de um grupo de utentes** nos últimos 7 dias

Se o somatório de todos os minutos for zero → passar para O0400B, Terapia Ocupacional

4. Dias

- registar o **número de dias** em que esta terapia foi administrada pelo menos **15 minutos por dia** nos últimos 7 dias

5. Data de início da Terapia

- registar a data em que começou o mais recente regime terapêutico (desde a última avaliação)

-

-

Ano

Mês

Dia

6. Data de fim de Terapia

- registar a data em que terminou o mais recente regime terapêutico (desde a última avaliação) - colocar traços se a terapia está em progresso

-

-

Ano

Mês

Dia

1. Minutos individuais

- registar o número total de minutos de administração desta terapia ao utente **individualmente** nos últimos 7 dias

2. Minutos concorrentes

- registar o total de minutos de administração desta terapia ao utente **conjuntamente com outro utente** nos últimos 7 dias

3. Minutos em grupo

- registar o total de minutos de administração desta terapia ao utente **enquanto membro de um grupo de utentes** nos últimos 7 dias

Se o somatório de todos os minutos for zero → passar para O0400C, Terapia Física (fisioterapia)

4. Dias

- registar o **número de dias** em que esta terapia foi administrada pelo menos **15 minutos** por dia nos últimos 7 dias

5. Data de início da Terapia

- registar a data em que começou o mais recente regime terapêutico (desde a última avaliação)

-

-

Ano

Mês

Dia

6. Data de fim de Terapia

- registar a data em que terminou o mais recente regime terapêutico (desde a última avaliação) - colocar traços se a terapia está em progresso

-

-

Ano

Mês

Dia

1. Minutos individuais

- registar o número total de minutos de administração desta terapia ao utente **individualmente** nos últimos 7 dias

2. Minutos concorrentes

- registar o número total de minutos que esta terapia foi administrada ao utente **conjuntamente com outro utente** nos últimos 7 dias

3. Minutos em grupo

- registar o número total de minutos de administração desta terapia ao utente **enquanto membro de um grupo de utentes** nos últimos 7 dias

Se o somatório de todos os minutos for zero → passar para O0400D, Terapia Respiratória

4. Dias

- registar o **número de dias** em que esta terapia foi administrada pelo menos **15 minutos por dia** nos últimos 7 dias

5. Data de início da Terapia

- registar a data em que começou o mais recente regime terapêutico (desde a última avaliação)

-

-

Ano

Mês

Dia

6. Data de fim de Terapia

- registar a data em que terminou o mais recente regime terapêutico (desde a última avaliação) - colocar traços se a terapia está em progresso

-

-

Ano

Mês

Dia

O0400 Continua na Página Seguinte

MDS 3.0

Página 28 de 33

Secção O

Tratamentos Especiais e Procedimentos

O0400. Terapias - Continuação

Inserir o Número de Minutos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	D. Terapia Respiratória 1. Total de minutos - registar o número total de minutos que esta terapia foi administrada ao utente nos últimos 7 dias Se for 0 → passar para O0400E, Terapia Psicológica (Psicoterapia) 2. Dias - registar o número de dias em que esta terapia foi realizada pelo menos 15 minutos por dia nos últimos 7 dias
Inserir o Número de Dias <input type="text"/>	E. Terapia Psicológica (Psicoterapia) (com profissional licenciado em saúde mental) 1. Total de minutos - registar o número total de minutos que esta terapia foi administrada ao utente nos últimos 7 dias Se for 0 → passar para O0400F, Terapia Ocupacional 2. Dias - registar o número de dias em que esta terapia foi realizada pelo menos 15 minutos por dia nos últimos 7 dias
Inserir o Número de Minutos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	F. Terapia Ocupacional (inclui musicoterapia e recreativa) 1. Total de minutos - registar o número total de minutos que esta terapia foi administrada ao utente nos últimos 7 dias Se for 0 → passar para O0500, Programas de Enfermagem de Reabilitação 2. Dias - registar o número de dias em que esta terapia foi realizada pelo menos 15 minutos por dia nos últimos 7 dias
Inserir o Número de Dias <input type="text"/>	

O0500. Programas de Enfermagem de Reabilitação

Registar o **número de dias** que cada um dos programas seguintes foi realizado (durante pelo menos 15 minutos por dia) nos últimos 7 dias do calendário (Insira 0 se nenhum ou menos de 15 minutos diários)

Número de Dias	Técnica
<input type="text"/>	A. Amplitude de movimento (passivo)
<input type="text"/>	B. Amplitude de movimento (activo)
<input type="text"/>	C. Assistência com ligadura, tala ou tala articulada
Número de Dias	Treino/Prática de capacidades em:
<input type="text"/>	D. Mobilidade na cama
<input type="text"/>	E. Transferência
<input type="text"/>	F. Caminhar
<input type="text"/>	G. Vestir-se e/ou arranjar-se
<input type="text"/>	H. Comer e/ou engolir
<input type="text"/>	I. Amputação/cuidado com próteses
<input type="text"/>	J. Comunicação

O0600. Consulta Médica

Inserir Dias <input type="text"/> <input type="text"/>	Nos últimos 14 dias, em quantos dias o médico examinou o utente?
---	---

O0700. Prescrições Médicas

Inserir Dias <input type="text"/> <input type="text"/>	Nos últimos 14 dias, em quantos dias o médico alterou as prescrições do utente?
---	--

Secção P		Restrições	
P0100. Restrições Físicas			
Restrições físicas são qualquer método manual, ou instrumento mecânico ou físico, material ou equipamento preso ou adjacente ao corpo do utente que o indivíduo não consiga remover com facilidade, o qual restringe liberdade de movimentos ou acesso normal ao próprio corpo.			
<div>Codificação:</div> <div><div>0. Não usado</div><div>1. Usado, mas não diariamente</div><div>2. Usado diariamente</div></div>	↓ Insira os códigos nas caixas		
	<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>	Usados na Cama	
		A. Grades na cama (qualquer tipo; ex: total, metade, um lado)	
		B. Restrição do tronco	
		C. Restrição dos membros	
	D. Outros		
	Usados na Cadeira ou Fora da Cama		
	<div><input type="checkbox"/></div>	E. Restrição do tronco	
	<div><input type="checkbox"/></div>	F. Restrição dos membros	
	<div><input type="checkbox"/></div>	G. Cadeira impeditiva do levante	
	<div><input type="checkbox"/></div>	H. Outro	

Secção Q		Participação na Avaliação e Fixação de Objectivos	
Q0100. Participação na Avaliação			
Inserir o Código	<input type="checkbox"/>	A. Utente participou na avaliação? 0. Não 1. Sim	
Inserir o Código	<input type="checkbox"/>	A. Família ou outro elemento significativo participou na avaliação? 0. Não 1. Sim 9. Sem família ou pessoa significativa	
Inserir o Código	<input type="checkbox"/>	C. Tutor ou representante legal autorizado participou na avaliação? 0. Não 1. Sim 9. Sem tutor ou representante legal	
Q0300. Expectativa Global do Utente			
Completar apenas se A0310E = 1			
Inserir o Código	<input type="checkbox"/>	A. Objectivo global do utente estabelecido durante o processo de avaliação 1. Espera retornar à comunidade 2. Espera permanecer nesta instituição 3. Espera ser encaminhado para outra instituição 9. Objectivo desconhecido ou incerto	
Inserir o Código	<input type="checkbox"/>	B. Indique a fonte de informação para Q0300A 1. Utente 2. Se não foi utente, foi um familiar ou elemento significativo 3. Se não foi um familiar ou elemento significativo, foi um tutor ou representante legalmente autorizado 9. Nenhum dos anteriores	
Q0400. Plano de Encaminhamento/ Alta			
Inserir o Código	<input type="checkbox"/>	A. Há um plano de encaminhamento activo para o caso do utente voltar à comunidade? 0. Não 1. Sim → Passar para Q0600, Referência	
Inserir o Código	<input type="checkbox"/>	B. Qual a decisão tomada pelo utente e pela equipa de cuidados relativamente ao encaminhamento para a comunidade? 0. Decisão não tomada 1. O encaminhamento para a comunidade é plausível → Passar para Q0600, Referência 2. O encaminhamento para a comunidade não é plausível → Passar para a próxima secção activa (V ou X)	
Q0500. Retorno à Comunidade			
Inserir o Código	<input type="checkbox"/>	A. O utente foi questionado acerca do retorno à comunidade? 0. Não 1. Sim - A resposta anterior foi "não" 2. Sim - A resposta anterior foi "sim" → Avance para Q0600, Referência 3. Sim - A resposta anterior foi "não sabia"	
Inserir o Código	<input type="checkbox"/>	B. Pergunte ao utente (ou familiar ou elemento relevante se o utente for incapaz de responder) : "Quer falar com alguém acerca da possibilidade de retornar à comunidade?" 0. Não 1. Sim 9. Desconhecido ou incerto	
Q0600. Referência			
Inserir o Código	<input type="checkbox"/>	Foi feita alguma orientação para contactar alguma agência local? 0. Não - a decisão tomada pelo utente e pela equipa de cuidados refere a não necessidade de contacto 1. Não - a orientação não foi feita 2. Sim	

Secção V

Área de Avaliação de Cuidados (AAC) Sumário

V0100. Itens da Mais Recente Avaliação Anterior a OBRA ou PPS Programado

Completar apenas se A0310E e se o seguinte se verificar na **avaliação anterior** : A0310A = 01- 06 ou A0310B = 01- 06

<div>Inserir Pontuação</div> <div></div>	<div>A. Data de Referência da última avaliação (A2300 valor da avaliação anterior)</div> <div><div></div><div></div> – <div></div><div></div> – <div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div>Mês</div><div>Dia</div><div>Ano</div></div>
<div>Inserir Pontuação</div> <div></div>	<div>B. Pontuação total na Entrevista Breve do Estado Mental na avaliação anterior (C0500 valor da última avaliação)</div>
<div>Inserir Pontuação</div> <div></div>	<div>C. Pontuação total da severidade na Entrevista de Avaliação do Humor do Utente (PHQ-9) na avaliação anterior (D0300 valor da última avaliação)</div>
<div>Inserir Pontuação</div> <div></div>	<div>D. Pontuação total da severidade na pelos funcionário do Humor do Utente (PHQ-9-OV) na avaliação anterior (D0600 valor da última avaliação)</div>

Secção V Área de Avaliação de Cuidados (AAC) Sumário

V0200. AAC e Planeamento de Cuidados

1. Assinalar na coluna A se a Área de Cuidados está desencadeada.
2. Para cada Área de Cuidados accionada, indicar: é necessário um novo plano de cuidados, revisão do plano de cuidados, ou continuação do plano de cuidados actual para conhecer os problemas identificados na sua avaliação da área de cuidados **Se fizer parte do plano de cuidados** a coluna B deve ser completada no prazo de 7 dias depois de completar o RAI (MDS e AAC).
3. Indicar na coluna **Informação de Localização e Data da AAC** onde a informação relativa aos AAC pode ser encontrada. A documentação AAC deve incluir informação dos factores de complicação, os riscos e qualquer referência para este utente nesta área de cuidados.

A. Resultados AAC

Área de Cuidados	A. Área de cuidados despoletados	B. Referidos no Plano de Cuidados	Informação de Localização e Data da AAC
	Assinale todas as que se aplicam		
01. Delirium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
02. Perda cognitiva/Demência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
03. Função Visual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
04. Comunicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
05. Funcionalidade AVD/Potencial Reabilitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
06. Incontinência urinária e Cateter Vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
07. Bem-Estar psicossocial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
08. Estado de Humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
09. Sintomas Comportamentais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Quedas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Estado Nutricional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Sonda de Alimentação (SNG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Desidratação/Manutenção Hídrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Cuidados dentários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Úlcera de Pressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Uso de Psicotrópicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Restrições Físicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Dor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Referência para regresso à comunidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

B. Assinatura e Data do Enfermeiro/a Coordenador(a) do Processo de AAC

1. Assinatura

2. Data

- -
 Mês Dia Ano

C. Assinatura e Data da Pessoa que Completou o Plano de Cuidados

1. Assinatura

2. Data

- -
 Mês Dia Ano

D. Pontuação Total

Insira o Código

Pontuação total da Entrevista Breve do Estado Mental na Avaliação
Inserir 99 se não foi possível completar uma ou mais questões da entrevista

Anexo III - MDS 3.0 RUG-III v. 5.12 44-Group Classification Tool

INTRODUCTION TO THE MDS 3.0 RUG-III v. 5.12 44-GROUP CLASSIFICATION TOOL

This educational tool was developed to assist providers in understanding the Resource Utilization Group (RUG) III, version 5.12 44 Group logic when used with MDS 3.0. This tool should not be used for software development; the detailed pseudocode is available on the WEB at www.cms.gov/MDS20SWSpecs/05_DataSpecificationsVersion1.asp. The Case Mix Index (CMI) set on which the PA Normalized Nursing Only CMIs are based is the federal Set B02 44 Group Nursing Only which is available on the same site. Select CMI Version 5.12A in the left-hand margin. These CMIs were normalized for Pennsylvania based on the population identified on the February 1, 2010 Latest Assessment Roster Report. The crosswalk to MDS 3.0 items can be found at www.cms.gov/NursingHomeQualityInits/30_NHQIMDS30TechnicalInformation.asp. If the resident's characteristics as identified on the MDS 3.0 qualify him for more than one Resource Utilization Group, final placement is made into the group with the highest CMI (Index Maximization).

On the worksheet, enter the resident's identification information at the top, and the MDS item responses to the RUG elements listed at the bottom. Working through all ten steps in the instructions, use these responses to arrive at the final classification for this resident. The resident must meet every criteria to place in a RUG. Record information on the worksheet as directed.

READ ALL QUALIFICATIONS CAREFULLY to be certain you are classifying the resident properly.

- < When MDS data is submitted electronically, for a section with instructions to "Check all that apply" (entry box contains a small letter), the blank boxes are submitted as "0"; the checked box is submitted as "1".
- < "AND" and "OR" are very powerful words typed in capitals to draw attention to the special classification requirements.
- < If there is no number in parentheses beside a RUG element listed in classification STEPS TWO through EIGHT, a checkmark ("1") in that square on the MDS is all that is required to satisfy the classification process. For example, in STEP THREE, five treatments are listed: Parenteral/IV (K0500A), Suctioning (O0100D1,2), Tracheostomy care (O0100E1,2), Ventilator/respirator (O0100F1,2) and IV medications (O0100H1,2). No numbers are listed in parentheses, so a checkmark in K0500A or in either Column 1 or Column 2 for any of the remaining items qualifies the resident for placement in the Extensive Services category.
- < If there is a number in parentheses beside a RUG element, that item response must be present to classify the resident. For example, under STEP FOUR, Pressure ulcer (M0300C1, D1, F1) is followed by "(3 or 4)". A single Stage 3 or 4 pressure ulcer (with supporting information) qualifies the resident for placement in Special Care; otherwise, there must be multiple ulcers to qualify.
- < Some RUG elements do not stand alone but must have supporting data to justify the resident's placement in a category. For example, under STEP FIVE, not only must Coma (B0100) be checked but four additional RUG elements must also be indicated. Feeding tube (K0500B) is not a qualifier unless it is supported by the appropriate responses from Parenteral/enteral intake (K0700). Several diagnoses, e.g., Hemiplegia (I4900) in STEP FIVE, must have a RUG ADL Score ≥ 10 ; a lower ADL Score eliminates this condition as a qualifier for Clinically Complex.
- < The RUG ADL Score may eliminate the resident from placement in some categories. To be placed in the Extensive Services category, the resident's RUG ADL Score must be 7 or above. To be placed in the Impaired Cognition or Behavior Problems categories, the RUG ADL Score must be 10 or below.
- < Placement in the Extensive Services category is a complex process. First, the resident must have a qualifying condition (K0500A; O0100D1,2; E1,2; F1,2; H1,2) and a RUG ADL Score of 7 or higher. Then, points are assigned for Parenteral IV (K0500A), IV medications (O0100H1,2), and qualifying for Special Care, Clinically Complex and Impaired Cognition categories. Final placement is determined by point count.

RUG Element Worksheet Using MDS 3.0, RUG-III version 5.12 44 Group and PA Normalized Nursing Only CMIs

RESIDENT
NAME _____

DATE _____

SSN _____

CALCULATING THE RUG ADL SCORE (STEP 1):

Bed Mobility ADL Score _____
Transfer ADL Score + _____
Toilet Use ADL Score + _____
Eating ADL Score + _____

RUG ADL SCORE _____

NUMBER OF NURSING REHABILITATION ACTIVITIES
(STEP 2) _____

REHABILITATION (SPECIAL) (STEP 2):
Total Minutes _____ Days _____

SUB-CATEGORIES	RUG	CMI
Low Intensity		
Medium Intensity		
High Intensity		
Very High Intensity		
Ultra High Intensity		

CATEGORIES	RUG	CMI
Extensive Services (STEP 3)		
Special Care (STEP 4)		

CLINICALLY COMPLEX: DEPRESSED? (STEP 6):

YES _____ NO _____

CATEGORY	RUG	CMI
Clinically Complex (STEPS 5/6)		

CATEGORIES	RUG	CMI
Impaired Cognition (STEP 7)		
Behavior Problems (STEP 8)		
Physical Functions (Reduced) (STEP 9)		

Select the RUG group from the above tables which has the highest CMI (STEP 10):

FINAL RUG: _____ FINAL CMI: _____

RUG ELEMENTS

Comatose	B0100	_____	Parenteral/IV	K0500A	_____	Vent/resp. – not a resident	O0100F1	_____
Makes self understood	B0700	_____	Feeding tube	K0500B	_____	Vent/resp – while a resident	O0100F2	_____
BIMS Score	C0500	_____	Total calories	K0700A	_____	IV med – not a resident	O0100H1	_____
Short term memory – staff	C0700	_____	Fluid intake	K0700B	_____	IV med – while a resident	O0100H2	_____
Decision making – staff	C1000	_____	Stage 1 pressure ulcers	M0300A	_____	Transfusions – not a resident	O0100I1	_____
PHQ© score – resident	D0300	_____	Stage 2 pressure ulcers	M0300B1	_____	Transfusions – while a res	O0100I2	_____
PHQ© score – staff	D0600	_____	Stage 3 pressure ulcers	M0300C1	_____	Dialysis – not a resident	O0100J1	_____
Hallucinations	E0100A	_____	Stage 4 pressure ulcers	M0300D1	_____	Dialysis – while a resident	O0100J2	_____
Delusions	E0100B	_____	Pres. ulcer – slough/eschar	M0300F1	_____	ST – individual minutes	O0400A1	_____
Physical behavioral symp	E0200A	_____	Venous/arterial ulcers	M1030	_____	ST – concurrent minutes	O0400A2	_____
Verbal behavioral symptoms	E0200B	_____	Infection of the foot	M1040A	_____	ST – group minutes	O0400A3	_____
Other behavioral symptoms	E0200C	_____	Diabetic foot ulcer(s)	M1040B	_____	Speech therapy – days	O0400A4	_____
Rejection of care	E0800	_____	Other open lesion of foot	M1040C	_____	OT – individual minutes	O0400B1	_____
Wandering	E0900	_____	Open lesions (not feet)	M1040D	_____	OT – concurrent minutes	O0400B2	_____
Bed mobility – self-perf.	G0110A1	_____	Surgical wound(s)	M1040E	_____	OT – group minutes	O0400B3	_____
Bed mobility – support	G0110A2	_____	Burns	M1040F	_____	Occupational therapy – days	O0400B4	_____
Transfer – self-perf.	G0110B1	_____	Pres. Red. Device – chair	M1200A	_____	PT – individual minutes	O0400C1	_____
Transfer – support	G0110B2	_____	Pres. Red. Device – bed	M1200B	_____	PT – concurrent minutes	O0400C2	_____
Eating – self-perf.	G0110H1	_____	Turn/reposition program	M1200C	_____	PT – group minutes	O0400C3	_____
Toileting – self-perf.	G0110I1	_____	Nutrition/hydration program	M1200D	_____	Physical therapy – days	O0400C4	_____
Toileting – support	G0110I2	_____	Ulcer care	M1200E	_____	Respiratory therapy – days	O0400D2	_____
Current toileting program	H0200C	_____	Surgical wound care	M1200F	_____	ROM (passive)	O0500A	_____
Bowel training program	H0500	_____	Dressings (not to feet)	M1200G	_____	ROM (active)	O0500B	_____
Pneumonia	I2000	_____	Ointment/med (not to feet)	M1200H	_____	Splint/brace assistance	O0500C	_____
Septicemia	I2100	_____	Dressings to feet	M1200I	_____	Bed mobility training	O0500D	_____
Diabetes mellitus	I2900	_____	Injections	N0300	_____	Transfer training	O0500E	_____
Aphasia	I4300	_____	Chemotherapy – not a res.	O0100A1	_____	Walking training	O0500F	_____
Cerebral palsy	I4400	_____	Chemotherapy – while a res	O0100A2	_____	Dressing/grooming tng.	O0500G	_____
Hemiplegia/Hemiparesis	I4900	_____	Radiation – not a resident	O0100B1	_____	Eating/swallowing tng.	O0500H	_____
Quadriplegia	I5100	_____	Radiation – while a resident	O0100B2	_____	Amputation/prosth. tng.	O0500I	_____
Multiple sclerosis	I5200	_____	Oxygen ther – not a resident	O0100C1	_____	Communication training	O0500J	_____
Fever	J1550A	_____	Oxygen ther – while a res	O0100C2	_____	Physician Examinations	O0600	_____
Vomiting	J1550B	_____	Suctioning – not a resident	O0100D1	_____	Physician Orders	O0700	_____
Dehydrated	J1550C	_____	Suctioning – while a resident	O0100D2	_____			
Internal bleeding	J1550D	_____	Trach care – not a resident	O0100E1	_____			
Weight loss	K0300	_____	Trach care – while a resident	O0100E1	_____			

RUG-III Classification Instructions Using MDS 3.0, RUG-III version 5.12 44 Group and PA Normalized Nursing Only CMI's

STEP ONE: CALCULATE THE RUG ADL SCORE

A. To find the ADL scores for Bed mobility (G0110A), Transfer (G0110B), and Toilet use (G0110I), compare the MDS item responses to CHART A.

	<u>Self-perf.</u>	<u>Support</u>
Bed Mobility	G0110A1 _____	G0110A2 _____
Transfer	G0110B1 _____	G0110B2 _____
Toilet Use	G0110I1 _____	G0110I2 _____

CHART A

IF Self-perf. (G0110-1) =	AND Support (G0110-2) =	ADL Score =
'—', 0, 1 or 7	* (any number)	1
2	* (any number)	3
3 or 4	'—', 0, 1 or 2	4
3, 4 or 8	3 or 8	5

Enter the three ADL scores (one each for Bed mobility, Transfer, and Toilet use) on the RUG Element Worksheet.

B. To find the Eating ADL score, check the MDS item response to Parenteral/IV (K0500A) and Feeding tube (K0500B).

Parenteral/IV	K0500A _____
Feeding tube	K0500B _____ *
* (K0700A must = 51% or more OR K0700A = 26 – 50% AND K0700B >= 501cc)	

If either is checked ('1'), or K0500B is checked and the supporting data is present for Feeding tube, the Eating ADL score is 3. If neither is checked or Feeding tube is not supported, note the number from Eating self-performance (G0110H1) and find the ADL score from CHART B.

Eating G0110H1 _____

CHART B

IF G0110H1 =	ADL Score =
'—', 0, 1 or 7	1
2	2
3, 4 or 8	3

Enter this score on the worksheet. Add the four scores; the total is the RUG ADL Score.

Proceed to STEP TWO.

STEP TWO: SPECIAL REHABILITATION

- For all assessments, add the number of therapy minutes in O0400A1-3, O0400B1-3 and O0400C1-3. Note the total on the worksheet. If the total is less than 45 minutes, skip to STEP THREE.
- If the total is more than 45 minutes, also count the number of therapy days from O0400A4, O0400B4 and O0400C4. Note this on the worksheet.
- Count the number of Nursing Rehabilitation Activities from H0200C/H0500 and O0500.
 - Either Current toileting plan H0200C OR Bowel training program H0500 may be counted as one activity.
 - Each item (O0500C, E, G, H, I, J) with an entry of 6 or more days counts as one activity.
 - ROM (O0500A OR O0500B 6+ days) may be counted.
 - Bed Mobility O0500D OR Walking O0500F (6+ days) may be counted.

Record the total number of activities on the worksheet; this number will also be used in STEPS SEVEN, EIGHT and NINE.

Compare this data with the sub-categories (1 - 5) listed below. If the resident qualifies, select his RUG (Resource Utilization Group) using the RUG ADL Score. Record the RUG and CMI for each sub-category on the worksheet.

1. Low Intensity Rehabilitation Criteria:

AND	45 minutes or more of therapy per week
AND	3 days or more per week of therapy
AND	2 types or more of Nursing Rehabilitation Activities (from worksheet entry)

<u>RUG ADL Score</u>	<u>RUG</u>	<u>CMI</u>
4 - 13	RLA	0.82
14 - 18	RLB	1.15

2. Medium Intensity Rehabilitation Criteria:

AND	150 minutes or more of therapy per week
AND	5 days or more per week of therapy

<u>RUG ADL Score</u>	<u>RUG</u>	<u>CMI</u>
4 - 7	RMA	1.00
8 - 14	RMB	1.13
15 - 18	RMC	1.39

3. High Intensity Rehabilitation Criteria:

AND	325 minutes or more of therapy per week
AND	5 days or more per week of one type of therapy

<u>RUG ADL Score</u>	<u>RUG</u>	<u>CMI</u>
4 - 7	RHA	0.90
8 - 12	RHB	1.09
13 - 18	RHC	1.22
(continued)		

STEP TWO: SPECIAL REHABILITATION (continued)

4. Very High Intensity Multidisciplinary Rehabilitation:

AND 500 minutes or more of therapy per week
AND 5 days or more per week of one type of therapy

<u>RUG ADL Score</u>	<u>RUG</u>	<u>CMI</u>
4 - 8	RVA	0.84
9 - 15	RVB	1.07
16 - 18	RVC	1.16

5. Ultra High Intensity Multidisciplinary Rehabilitation:

AND 720 minutes or more of therapy per week
AND 2 therapies or more provided
AND 5 days or more per week of one type of therapy
AND 3 days or more for the second therapy

<u>RUG ADL Score</u>	<u>RUG</u>	<u>CMI</u>
4 - 8	RUA	0.80
9 - 15	RUB	0.99
16 - 18	RUC	1.34

Proceed to STEP THREE.

STEP THREE: EXTENSIVE SERVICES

Does the resident need one of the following treatments?
Count the treatment whether it occurred while NOT a resident or while a resident.

Parenteral/IV	K0500A
Suctioning	O0100D1, 2
Tracheostomy care	O0100E1, 2
Ventilator or respirator	O0100F1, 2
IV medications	O0100H1, 2

If no treatment is needed, skip to STEP FOUR.

If at least one treatment is needed, is the RUG ADL Score 7 or more?

- No. Skip to STEP FOUR.
- Yes. Begin the Extensive Services Point Count: Award one point for each of the following items. As Steps 4 - 6 are completed, return to this section to add points if the resident qualifies for those categories.

Parenteral/IV	_____
IV medications	_____
Special Care classifier (STEP FOUR)	_____
Clinically Complex classifier (STEP FIVE)	_____
Impaired Cognition classifier (STEP SIX)	_____
TOTAL POINTS	_____

Select the final Extensive Services group using the Total Point Count. Record this RUG group and CMI on the worksheet.

<u>POINTS</u>	<u>RUG</u>	<u>CMI</u>
0 - 1	SE1	1.20
2 - 3	SE2	1.43
4 - 5	SE3	1.75

Proceed to STEP FOUR.

STEP FOUR: SPECIAL CARE

1. Does the resident meet one of the following criteria?

Qualified for Extensive Services with ADL <7 #
Cerebral palsy (ADL >=10) I4400
Quadriplegia (ADL >=10) I5100
Multiple sclerosis (ADL >=10) I5200
Ulcers 2 or more sites M0300A, B1, C1, D1, F1, M1030 AND
2 or more treatments: M1200A or B, C, D, E, G, H
Pressure ulcer M0300C1, D1, F1
(3 or 4) AND
2 or more treatments: M1200A or B, C, D, E, G, H
Radiation treatment O0100B1, 2
Respiratory therapy O0400D2 (7)

OR

2. Does the resident meet one of the following criteria for Fever, Feeding tube or Open lesions/Surgical wounds?

+ Fever + J1550A AND
Pneumonia I2000 OR
Vomiting J1550B OR
Dehydration J1550C OR
Weight loss K0300 OR
Feeding tube * K0500B
* (K0700A must = 51% or more OR K0700A = 26 - 50% AND K0700B >= 501cc)
+ Feeding tube + * K0500B AND
Aphasia I4300
* (K0700A must = 51% or more OR K0700A = 26 - 50% AND K0700B >= 501cc)

+ Open lesions + M1040D OR
+ Surgical wounds + M1040E AND
Surgical wound care M1200F OR
Dressings (not to feet) M1200G OR
Ointments (not to feet) M1200H

If the resident does not meet a criteria in 1 or 2, skip to STEP FIVE.

If the resident meets a criteria in 1 or 2 AND has qualified for the Extensive Services category, add one point for Special Care qualifier in STEP THREE. Move to STEP FIVE.

If the resident meets a criteria in 1 or 2 but does not qualify for Extensive Services, is the RUG ADL Score 7 or more?

- No. Skip to STEP FIVE. **# NOTE:** The resident who qualified for Extensive Services with ADL <7 is placed in SSA despite the low ADL Score.
- Yes. Select the final Special Care group using the RUG ADL Score. Record this RUG group and CMI on the worksheet.

<u>RUG ADL Score</u>	<u>RUG</u>	<u>CMI</u>
7 - 14	SSA	1.04
15 - 16	SSB	1.08
17 - 18	SSC	1.16

Proceed to STEP FIVE.

STEP FIVE: CLINICALLY COMPLEX

1. Does the resident meet one of the following criteria?

Qualified for Special Care with ADL <7	
Pneumonia	I2000
Septicemia	I2100
Hemiplegia (ADL >=10)	I4900
Dehydration	J1550C
Internal bleeding	J1550D
Feeding tube *	K0500B
* (K0700A must = 51% or more OR K0700A = 26 – 50% AND K0700B >= 501cc)	

Burns	M1040F
Chemotherapy	O0100A1, 2
Oxygen therapy	O0100C1, 2
Transfusions	O0100I1, 2
Dialysis	O0100J1, 2

OR

2. The resident meets one of the following criteria for Coma, Diabetes, Foot infection or Physician visits/order changes:

+ <u>Coma</u> +	B0100	AND
Bed mobility self-perf.	G0110A1 (4 or 8) AND	
Transfer self-perf.	G0110B1 (4 or 8) AND	
Eating self-perf.	G0110H1 (4 or 8) AND	
Toilet use self-perf.	G0110I1 (4 or 8)	

+ <u>Diabetes</u> +	I2900	AND
Injections	N0300 (7)	AND
Physician Orders	O0700 (2 or more)	

+ <u>Foot infection</u> + M1040A	OR	
+ <u>Open lesions</u> + M1040B or C	AND	
Foot dressings	M1200I	

+ <u>Physician Examinations</u> + O0600	AND	
+ <u>Physician Orders</u> + O0700		
Examinations >= 1 day and Orders >= 4 days	OR	
Examinations >= 2 days and Orders >= 2 days		

If the resident does not meet one of the above (1 - 2), skip to STEP SEVEN.

If the resident meets a criteria in 1 or 2 AND has qualified for the Extensive Services category, add one point for Clinically Complex qualifier in STEP THREE. Move to STEP SEVEN.

If the resident meets one of the above criteria in 1 or 2 and has not qualified for Extensive Services, move to STEP SIX to evaluate for Depression.

STEP SIX: DEPRESSION

The resident is considered to be depressed if either of the following is >=10:

PHQ-9© Resident assessment	D0300
PHQ-9-OV© Staff assessment	D0600

Record the presence or absence of Depression on the worksheet. Check the RUG ADL Score.

Select the final Clinically Complex group for which the resident qualifies. Record this RUG group and CMI on the worksheet.

RUG ADL Score	Depressed?	RUG	CMI
4 – 11	No	CA1	0.77
4 – 11	Yes	CA2	0.85
12 – 16	No	CB1	0.86
12 – 16	Yes	CB2	0.94
17 – 18	No	CC1	1.01
17 – 18	Yes	CC2	1.15

Proceed to STEP SEVEN.

STEP SEVEN: IMPAIRED COGNITION

The resident is cognitively impaired if:

- Comatose B0100 (with G0110A1, B1, H1, I1 all = 4 or 8) AND Decision making C1000 blank or '—' OR
- BIMS Summary Score C0500 (<=9) OR
- Severely impaired decision making C1000 (3) OR
- CPS >=3 identified by following calculation:
B0700, C0700, and C1000 are all assessed AND
Two or more impairments (a – c) are present:
a. Understood B0700 (>0)
b. Short term memory C0700 (1)
c. Decision making C1000 (>0) AND
One severe impairment indicator is present:
a. Understood B0700 (>=2) OR
b. Decision making C1000 (>=2)

If the resident meets a criteria for Impaired Cognition and has qualified for the Extensive Services category, add one point for Impaired Cognition qualifier in STEP THREE. Total the points and identify the final Extensive Services RUG and CMI. Record them on the worksheet. This resident's classification is completed.

If the resident does not meet an Impaired Cognition requirement, move to STEP EIGHT.

If the resident meets a requirement but the RUG ADL Score is >10, move to STEP NINE.

Otherwise, if a requirement is met, using the RUG ADL Score and number of Nursing Rehabilitation Activities (STEP 2), select the final Impaired Cognition group. Record this RUG group and CMI on the worksheet.

RUG ADL Score	Nsg. Rehab.	RUG	CMI
4 - 5	0 or 1	IA1	0.54
4 - 5	2 or more	IA2	0.59
6 - 10	0 or 1	IB1	0.69
6 - 10	2 or more	IB2	0.71

Proceed to STEP EIGHT.

STEP EIGHT: BEHAVIOR PROBLEMS

If the RUG ADL Score is 10 or less, the resident may belong in this category if there are problems with one of the following:

Hallucinations	E0100A	OR
Delusions	E0100B	OR
Physical Beh. symptoms	E0200A (2 or 3)	OR
Verbal Beh. symptoms	E0200B (2 or 3)	OR
Other Beh. symptoms	E0200C (2 or 3)	OR
Rejection of care	E0800 (2 or 3)	OR
Wandering	E0900 (2 or 3)	

If the resident does not meet one of these requirements or has a RUG ADL Score >10, move to STEP NINE.

Otherwise, using the RUG ADL Score and number of Nursing Rehabilitation Activities (STEP 2), select the final Behavior Problems group. Record this RUG group and CMI on the worksheet.

RUG ADL Score	Nsg. Rehab.	RUG	CMI
4 - 5	0 or 1	BA1	0.49
4 - 5	2 or more	BA2	0.57
6 - 10	0 or 1	BB1	0.67
6 - 10	2 or more	BB2	0.70

Proceed to STEP NINE.

STEP NINE: PHYSICAL FUNCTIONS (REDUCED)

ALL residents will qualify for one of the following groups. Using the RUG ADL Score and the number of Nursing Rehabilitation Activities (STEP 2), select the Physical Functions (Reduced) group. Record this RUG group and CMI on the worksheet.

<u>RUG ADL Score</u>	<u>Nsg. Rehabs.</u>	<u>RUG</u>	<u>CMI</u>
4 - 5	0 or 1	PA1	0.48
4 - 5	2 or more	PA2	0.50
6 - 8	0 or 1	PB1	0.52
6 - 8	2 or more	PB2	0.53
9 - 10	0 or 1	PC1	0.66
9 - 10	2 or more	PC2	0.68
11 - 15	0 or 1	PD1	0.69
11 - 15	2 or more	PD2	0.73
16 - 18	0 or 1	PE1	0.79
16 - 18	2 or more	PE2	0.81

STEP TEN: FINAL CLASSIFICATION

Review all CMIs recorded on the worksheet. Select the highest CMI; record the associated RUG and this CMI on the worksheet as the final classification group for this resident. If the resident qualifies for both RLB and CC2, record RLB as the final classification group.

**Anexo IV – Syntax/SPSS para a classificação dos utentes no RUG-III
a partir do RAI-MSD 3.0**

DATASET ACTIVATE DataSet1.

IF (G0110A1=0 or G0110A1=1 or G0110A1=7) M_cama=1.

EXECUTE.

IF (G0110A1=2) M_cama=3.

EXECUTE.

IF ((G0110A1=3 or G0110A1=4) and (G0110A2=0 or G0110A2=1 or G0110A2=2)) M_cama=4.

EXECUTE.

IF ((G0110A1=3 or G0110A1=4 or G0110A1=8) and (G0110A2=3 or G0110A2=8)) M_cama=5.

EXECUTE.

DATASET ACTIVATE DataSet1.

IF (G0110B1=0 or G0110B1=1 or G0110B1=7) Transf=1.

EXECUTE.

IF (G0110B1=2) Transf=3.

EXECUTE.

IF ((G0110B1=3 or G0110B1=4) and (G0110B2=0 or G0110B2=1 or G0110B2=2)) Transf=4.

EXECUTE.

IF ((G0110B1=3 or G0110B1=4 or G0110B1=8) and (G0110B2=3 or G0110B2=8)) Transf=5.

EXECUTE.

DATASET ACTIVATE DataSet1.

IF (G0110I1=0 or G0110I1=1 or G0110I1=7) WC=1.

EXECUTE.

IF (G0110I1=2) WC=3.

EXECUTE.

IF ((G0110I1=3 or G0110I1=4) and (G0110I2=0 or G0110I2=1 or G0110I2=2)) WC=4.

EXECUTE.

IF ((G0110I1=3 or G0110I1=4 or G0110I1=8) and (G0110I2=3 or G0110I2=8)) WC=5.

EXECUTE.

DATASET ACTIVATE DataSet1.

IF (K0500A=1) Comer=3.

EXECUTE.

IF (K0500B=1 and ((K0700A=2 or K0700A=3) and K0700B=2)) Comer=3.

EXECUTE.

IF (G0110H1=0 or G0110H1=1 or G0110H1=7) Comer=1.

EXECUTE.

IF (G0110H1=2) Comer=2.

EXECUTE.

IF (G0110H1=3 or G0110H1=4 or G0110H1=8) Comer=3.

EXECUTE.

COMPUTE AVD_Index=M_cama+Transf+WC+Comer.

EXECUTE.

COMPUTE Enf_Reab=0.

EXECUTE.

IF ((O0500A >= 5 and O0500B >= 5) or (O0500A >= 5 and O0500C >= 5) or (O0500A >= 5 and O0500D >= 5) or (O0500A >= 5 and O0500E >= 5) or

(O0500A >= 5 and O0500F >= 5) or (O0500A >= 5 and O0500G >= 5) or (O0500A >= 5 and O0500H >= 5) or (O0500A >= 5 and O0500I >= 5) or

(O0500A >= 5 and O0500J >= 5) or (O0500B >= 5 and O0500C >= 5) or (O0500B >= 5 and O0500D >= 5) or (O0500B >= 5 and O0500E >= 5) or

(O0500B >= 5 and O0500F >= 5) or (O0500B >= 5 and O0500G >= 5) or (O0500B >= 5 and O0500H >= 5) or (O0500B >= 5 and O0500I >= 5) or

(O0500B >= 5 and O0500J >= 5) or (O0500C >= 5 and O0500D >= 5) or (O0500C >= 5 and O0500E >= 5) or

(O0500C >= 5 and O0500F >= 5) or (O0500C >= 5 and O0500G >= 5) or (O0500C >= 5 and O0500H >= 5) or (O0500C >= 5 and O0500I >= 5) or

(O0500C >= 5 and O0500J >= 5) or (O0500D >= 5 and O0500E >= 5) or

(O0500D >= 5 and O0500F >= 5) or (O0500D >= 5 and O0500G >= 5) or (O0500D >= 5 and O0500H >= 5) or (O0500D >= 5 and O0500I >= 5) or

(O0500D >= 5 and O0500J >= 5) or (O0500E >= 5 and O0500F >= 5) or (O0500E >= 5 and O0500G >= 5) or (O0500E >= 5 and O0500H >= 5) or

(O0500E >= 5 and O0500I >= 5) or (O0500E >= 5 and O0500J >= 5) or (O0500F >= 5 and O0500G >= 5) or (O0500F >= 5 and O0500H >= 5) or

(O0500F >= 5 and O0500I >= 5) or (O0500F >= 5 and O0500J >= 5) or (O0500G >= 5 and O0500H >= 5) or

(O0500G >= 5 and O0500I >= 5) or (O0500G >= 5 and O0500J >= 5) or (O0500H >= 5 and O0500I >= 5) or (O0500H >= 5 and O0500J >= 5) or

(O0500I >= 5 and O0500J >= 5)) Enf_Reab=1.

EXECUTE.

COMPUTE

soma=SUM(D0200A1,D0200B1,D0200C1,D0200D1,D0200E1,D0200F1,D0200G1,D0200H1,D0200I1).

EXECUTE.

COMPUTE Depressão=0.

EXECUTE.

IF ((D0200A1=1 or D0200B1=1 or D0200C1=1 or D0200D1=1 or D0200E1=1 or D0200F1=1 or D0200G1=1 or

D0200H1=1 or D0200I1=1) and (I5800=1 or I5900=1) or (soma>=2)) Depressão=1.

EXECUTE.

COMPUTE Reab_MI=0.

EXECUTE.

COMPUTE soma1=SUM(O0400A1, O0400A2, O0400A3, O0400B1, O0400B2, O0400B3, O0400C1, O0400C2, O0400C3).

EXECUTE.

COMPUTE soma2=SUM(O0400A4, O0400B4, O0400C4).

EXECUTE.

IF ((soma1>=450) and (soma2>=2) and (O0400A4>=5 or O0400B4>=5 or O0400C4>=5)) Reab_MI=1.

EXECUTE.

COMPUTE Reab_I=0.

EXECUTE.

IF ((soma1<450 and soma1>=350) and (O0400A4>=5 or O0400B4>=5 or O0400C4>=5)) Reab_I=1.

EXECUTE.

COMPUTE Reab_M=0.

EXECUTE.

IF ((soma1<350 and soma1>=150) and (O0400A4>=5 or O0400B4>=5 or O0400C4>=5))
Reab_M=1.

EXECUTE.

COMPUTE Reab_B=0.

EXECUTE.

IF ((soma1<150 and soma1>=45) and (O0400A4>=3 or O0400B4>=3 or O0400C4>=3) and
((O0500A >= 1 and O0500B >= 1) or (O0500A >= 1 and O0500C >= 1) or

(O0500A >= 1 and O0500D >= 1) or (O0500A >= 1 and O0500E >= 1) or

(O0500A >= 1 and O0500F >= 1) or (O0500A >= 1 and O0500G >= 1) or (O0500A >= 1 and
O0500H >= 1) or (O0500A >= 1 and O0500I >= 1) or

(O0500A >= 1 and O0500J >= 1) or (O0500B >= 1 and O0500C >= 1) or (O0500B >= 1 and
O0500D >= 1) or (O0500B >= 1 and O0500E >= 1) or

(O0500B >= 1 and O0500F >= 1) or (O0500B >= 1 and O0500G >= 1) or (O0500B >= 1 and
O0500H >= 1) or (O0500B >= 1 and O0500I >= 1) or

(O0500B >= 1 and O0500J >= 1) or (O0500C >= 1 and O0500D >= 1) or (O0500C >= 1 and
O0500E >= 1) or

(O0500C >= 1 and O0500F >= 1) or (O0500C >= 1 and O0500G >= 1) or (O0500C >= 1 and
O0500H >= 1) or (O0500C >= 1 and O0500I >= 1) or

(O0500C >= 1 and O0500J >= 1) or (O0500D >= 1 and O0500E >= 1) or

(O0500D >= 1 and O0500F >= 1) or (O0500D >= 1 and O0500G >= 1) or (O0500D >= 1 and
O0500H >= 1) or (O0500D >= 1 and O0500I >= 1) or

(O0500D >= 1 and O0500J >= 1) or (O0500E >= 1 and O0500F >= 1) or (O0500E >= 1 and
O0500G >= 1) or (O0500E >= 1 and O0500H >= 1) or

(O0500E >= 1 and O0500I >= 1) or (O0500E >= 1 and O0500J >= 1) or (O0500F >= 1 and
O0500G >= 1) or (O0500F >= 1 and O0500H >= 1) or

(O0500F >= 1 and O0500I >= 1) or (O0500F >= 1 and O0500J >= 1) or (O0500G >= 1 and
O0500H >= 1) or

(O0500G >= 1 and O0500I >= 1) or (O0500G >= 1 and O0500J >= 1) or (O0500H >= 1 and
O0500I >= 1) or (O0500H >= 1 and O0500J >= 1) or

(O0500I >= 1 and O0500J >= 1))) Reab_B=1.

EXECUTE.

COMPUTE Serv_Ext=0.

EXECUTE.

IF (AVD_Index>=7 and (K0500A=1 or O0100D1=1 or O0100D2=1 or O0100E1=1 or O0100E2=1 or O0100F1=1 or O0100F2=1 or O0100H1=1 or O0100H2=1)) Serv_Ext=1.

EXECUTE.

COMPUTE Cuid_Esp=0.

EXECUTE.

IF (AVD_Index>=7 and (M1040F=1 or B0100=1 or (J1550A=1 and (J1550B=1 or J1550C=1 or K0300>=1 or I2000=1)) or I5200=1 or I5100=1 or I4400=1 or

I2100=1 or M0100C1>=1 or M0100D1>=1 or O0100B2=1 or K0500B=1 or O0100H2=1)) Cuid_Esp=1.

EXECUTE.

COMPUTE Clinic_Com=0.

EXECUTE.

IF ((AVD_Index<7 and (K0500A=1 or O0100D2=1 or O0100E2=1 or O0100F2=1 or O0100G2=1)) or I4300=1 or I4900=1 or I4400=1 or I2000=1 or I2300=1 or M0210=1 or

J1550C=1 or O0100D2=1 or J1550D=1 or J1400=1 or O0100A2=1 or O0100J2=1 or O0600>=2 or O0100C2=1 or O0100F2=1 or O0100G2=1 or O0100I2=1 or

M1200A=1 or M1200B=1 or M1200C=1 or M1200D=1 or M1200E=1 or M1200F=1 or M1200G=1 or M1200H=1 or M1200I=1) Clinic_Com=1.

EXECUTE.

COMPUTE Decl_Cog=0.

EXECUTE.

IF (AVD_Index<=10 and C1000>=1 and (C0900A=1 or C0900B=1 or C0900C=1 or C0900D=1) and C0700=1) Decl_Cog=1.

EXECUTE.

COMPUTE Prob_Comp=0.

EXECUTE.

IF (AVD_Index<=10 and (E0200A>=1 or E0200B>=1 or E0200C>=1 or E1000A=1 or E1000B=1 or E0100A=1)) Prob_Comp=1.

EXECUTE.

COMPUTE Cond_Fi_Re=0.

EXECUTE.

IF ((AVD_Index>=11 and (E0200A>=1 or E0200B>=1 or E0200C>=1 or E1000A=1 or E1000B=1 or E0100A=1)) or

(AVD_Index>=11 and C1000>=1 and (C0900A=1 or C0900B=1 or C0900C=1 or C0900D=1) and C0700=1)) Cond_Fi_Re=1.

EXECUTE.

IF (Clinic_Com=0 and Cuid_Esp=0 and Serv_Ext=0 and Reab_B=0 and Reab_M=0 and Reab_I=0 and Reab_MI=0 and Decl_Cog=0 and Prob_Comp=0) Cond_Fi_Re=1.

EXECUTE.

IF (Clinic_Com=1 or Cuid_Esp=1 or Serv_Ext=1 or Reab_B=1 or Reab_M=1 or Reab_I=1 or Reab_MI=1 or Decl_Cog=1 or Prob_Comp=1) Cond_Fi_Re=0.

EXECUTE.

IF (Clinic_Com=1 or Cuid_Esp=1 or Serv_Ext=1 or Reab_B=1 or Reab_M=1 or Reab_I=1 or Reab_MI=1 or Decl_Cog=1) Prob_Comp=0.

EXECUTE.

IF (Clinic_Com=1 or Cuid_Esp=1 or Serv_Ext=1 or Reab_B=1 or Reab_M=1 or Reab_I=1 or Reab_MI=1) Decl_Cog=0.

EXECUTE.

IF (Cuid_Esp=1 or Serv_Ext=1 or Reab_B=1 or Reab_M=1 or Reab_I=1 or Reab_MI=1) Clinic_Com=0.

EXECUTE.

IF (Serv_Ext=1 or Reab_B=1 or Reab_M=1 or Reab_I=1 or Reab_MI=1) Cuid_Esp=0.

EXECUTE.

IF (Reab_B=1 or Reab_M=1 or Reab_I=1 or Reab_MI=1) Serv_Ext=0.

EXECUTE.

IF (Reab_M=1 or Reab_I=1 or Reab_MI=1) Reab_B=0.

EXECUTE.

IF (Reab_I=1 or Reab_MI=1) Reab_M=0.

EXECUTE.

IF (Reab_MI=1) Reab_I=0.

EXECUTE.

IF (Reab_MI=1 and AVD_Index>=14) RUG=44.

EXECUTE.

IF (Reab_MI=1 and AVD_Index>=8 and AVD_Index<=13) RUG=43.

EXECUTE.

IF (Reab_MI=1 and AVD_Index<=7) RUG=42.

EXECUTE.

IF (Reab_I=1 and AVD_Index>=15) RUG=41.

EXECUTE.

IF (Reab_I=1 and AVD_Index>=12 and AVD_Index<=14) RUG=40.

EXECUTE.

IF (Reab_I=1 and AVD_Index>=8 and AVD_Index<=11) RUG=39.

EXECUTE.

IF (Reab_I=1 and AVD_Index<=7) RUG=38.

EXECUTE.

IF (Reab_M=1 and AVD_Index>=16) RUG=37.

EXECUTE.

IF (Reab_M=1 and AVD_Index>=8 and AVD_Index<=15) RUG=36.

EXECUTE.

IF (Reab_M=1 and AVD_Index<=7) RUG=35.

EXECUTE.

IF (Reab_B=1 and AVD_Index>=12) RUG=34.

EXECUTE.

IF (Reab_B=1 and AVD_Index<=11) RUG=33.

EXECUTE.

IF (Serv_Ext=1 and (K0500A + O0100D2 + O0100E2 + O0100F2 + O0100G2)>=3) RUG= 32.

EXECUTE.

IF (Serv_Ext=1 and (K0500A + O0100D2 + O0100E2 + O0100F2 + O0100G2)=2) RUG= 31.

EXECUTE.

IF (Serv_Ext=1 and (K0500A + O0100D2 + O0100E2 + O0100F2 + O0100G2)=1) RUG= 30.
EXECUTE.

IF (Cuid_Esp=1 and AVD_Index>=17) RUG=29.
EXECUTE.

IF (Cuid_Esp=1 and AVD_Index>=14 and AVD_Index <=16) RUG=28.
EXECUTE.

IF (Cuid_Esp=1 and AVD_Index<=13) RUG=27.
EXECUTE.

IF (Clinic_Com=1 and AVD_Index>=17 and Depressão=1) RUG=26.
EXECUTE.

IF (Clinic_Com=1 and AVD_Index>=17 and Depressão=0) RUG=25.
EXECUTE.

IF (Clinic_Com=1 and AVD_Index>=11 and AVD_Index<=16 and Depressão=1) RUG=24.
EXECUTE.

IF (Clinic_Com=1 and AVD_Index>=11 and AVD_Index<=16 and Depressão=0) RUG=23.
EXECUTE.

IF (Clinic_Com=1 and AVD_Index>=6 and AVD_Index<=10 and Depressão=1) RUG=22.
EXECUTE.

IF (Clinic_Com=1 and AVD_Index>=6 and AVD_Index<=10 and Depressão=0) RUG=21.
EXECUTE.

IF (Clinic_Com=1 and AVD_Index<=5 and Depressão=1) RUG=20.
EXECUTE.

IF (Clinic_Com=1 and AVD_Index<=5 and Depressão=0) RUG=19.
EXECUTE.

IF (Decl_Cog=1 and AVD_Index>=6 and AVD_Index<=10 and Enf_Reab=1) RUG=18.
EXECUTE.

IF (Decl_Cog=1 and AVD_Index>=6 and AVD_Index<=10 and Enf_Reab=0) RUG=17.
EXECUTE.

IF (Decl_Cog=1 and AVD_Index<=5 and Enf_Reab=1) RUG=16.
EXECUTE.

IF (Decl_Cog=1 and AVD_Index<=5 and Enf_Reab=0) RUG=15.

EXECUTE.

IF (Prob_Comp=1 and AVD_Index>=6 and AVD_Index<=10 and Enf_Reab=1) RUG=14.

EXECUTE.

IF (Prob_Comp=1 and AVD_Index>=6 and AVD_Index<=10 and Enf_Reab=0) RUG=13.

EXECUTE.

IF (Prob_Comp=1 and AVD_Index<=5 and Enf_Reab=1) RUG=12.

EXECUTE.

IF (Prob_Comp=1 and AVD_Index<=5 and Enf_Reab=0) RUG=11.

EXECUTE.

IF (Cond_Fi_Re=1 and AVD_Index>=16 and Enf_Reab=1) RUG=10.

EXECUTE.

IF (Cond_Fi_Re=1 and AVD_Index>=16 and Enf_Reab=0) RUG=9.

EXECUTE.

IF (Cond_Fi_Re=1 and AVD_Index<=15 and AVD_Index>=11 and Enf_Reab=1) RUG=8.

EXECUTE.

IF (Cond_Fi_Re=1 and AVD_Index<=15 and AVD_Index>=11 and Enf_Reab=0) RUG=7.

EXECUTE.

IF (Cond_Fi_Re=1 and AVD_Index<=10 and AVD_Index>=9 and Enf_Reab=1) RUG=6.

EXECUTE.

IF (Cond_Fi_Re=1 and AVD_Index<=10 and AVD_Index>=9 and Enf_Reab=0) RUG=5.

EXECUTE.

IF (Cond_Fi_Re=1 and AVD_Index<=8 and AVD_Index>=6 and Enf_Reab=1) RUG=4.

EXECUTE.

IF (Cond_Fi_Re=1 and AVD_Index<=8 and AVD_Index>=6 and Enf_Reab=0) RUG=3.

EXECUTE.

IF (Cond_Fi_Re=1 and AVD_Index<=5 and Enf_Reab=1) RUG=2.

EXECUTE.

IF (Cond_Fi_Re=1 and AVD_Index<=5 and Enf_Reab=0) RUG=1.

EXECUTE.

Anexo V – Formulário para o registo do tempo utilizado nos cuidados

Avaliação de utilização de recursos
A. Ajudante de Acção directa

Inserir o número de minutos

Inserir o número de minutos

Inserir o número de minutos

1. **Turno da Manhã** → Registrar o número total de minutos que os serviços deste profissional são utilizados normalmente pelo utente neste turno
2. **Turno da Tarde** → Registrar o número total de minutos que os serviços deste profissional são utilizados normalmente pelo utente neste turno
3. **Turno da Noite** → Registrar o número total de minutos que os serviços deste profissional são utilizados normalmente pelo utente neste turno

B. Médico

Inserir o número de minutos

 Registrar o número total de minutos que os serviços deste profissional são utilizados pelo utente normalmente num mês (**30 dias**)

C. Enfermeiro/a

Inserir o número de minutos

 Registrar o número total de minutos que os serviços deste profissional são utilizados pelo utente normalmente numa semana (**7 dias**)

D. Fisioterapeuta

Inserir o número de minutos

 Registrar o número total de minutos que os serviços deste profissional são utilizados pelo utente normalmente numa semana (**7 dias**)

E. Animador Social

Inserir o número de minutos

 Registrar o número total de minutos que os serviços deste profissional são utilizados pelo utente normalmente numa semana (**7 dias**)

F. Psicólogo

Inserir o número de minutos

 Registrar o número total de minutos que os serviços deste profissional são utilizados pelo utente normalmente numa semana (**7 dias**)

G. Técnico de Serviço Social

Inserir o número de minutos

 Registrar o número total de minutos que os serviços deste profissional são utilizados pelo utente normalmente numa semana (**7 dias**)

H. Nutricionista / Dietista

Inserir o número de minutos

 Registrar o número total de minutos que os serviços deste profissional são utilizados pelo utente normalmente numa semana (**7 dias**)

I. Educador Social

Inserir o número de minutos

 Registrar o número total de minutos que os serviços deste profissional são utilizados pelo utente normalmente numa semana (**7 dias**)

J. Outro Profissional

Inserir o número de minutos

 Registrar o número total de minutos que os serviços deste profissional são utilizados pelo utente normalmente numa semana (**7 dias**)

Anexo VI – Artigo de revisão publicado

Revista **Geriatría & Gerontología**

ARTIGOS ORIGINAIS

Avaliação do programa público brasileiro de tratamento da doença de Alzheimer no ano de 2008

Desempenho funcional em idosas de uma Universidade Aberta à Terceira Idade em área urbana do Nordeste

Índice de complexidade de farmacoterapia do idoso dependente para autocuidado na atenção primária

Perfil, estresse e necessidades de cuidadores familiares e profissionais de idosos/acamados na atenção primária em saúde na cidade de São Paulo

Perfil de idosos atendidos pelo programa de atenção à saúde do idoso em Belém, Pará

Accuracy of glomerular filtration rate estimation formulas for detecting moderate chronic kidney disease in elderly Brazilians

Comparando resultados de aplicações de questionário QI-AASI em idosos protetizados

ARTIGOS DE REVISÃO

Efeitos do condicionamento físico sobre a imunossenescência

Grupos de utilização de recursos

Órgão Oficial de Publicação Científica



Sociedade Brasileira de
Geriatria & Gerontologia

ISSN 1981-8289

**Volume 7
Número 1
Jan/Fev/Mar**

GRUPOS DE UTILIZAÇÃO DE RECURSOS

Hélder Fernandes^a, Ignácio Martin^b,

RESUMO

PALAVRAS-CHAVE

Saúde do idoso,
organização e
administração,
gestão em saúde.

O objetivo do presente trabalho foi realizar uma revisão da construção dos RUG (Resource Utilization Groups) e um levantamento e análise das publicações sobre a sua validação e utilização em diferentes países. Verificou-se que, desde a sua criação nos Estados Unidos, vários países testaram esse sistema de classificação no seu contexto de cuidados institucionais para pessoas idosas, sendo que ele se mostrou válido e fiável para classificação de usuários de instituições de longa duração que prestam apoio social e cuidados de saúde a idosos, tendo bons resultados na explicação da variância da utilização de recursos. Conclui-se que esse sistema de classificação apresenta boas potencialidades para a sua implementação no contexto português e em países de língua portuguesa, podendo ajudar a perceber as características e necessidades dos usuários, providenciando informação baseada na evidência para os gestores das instituições e decisores políticos, ajudando a justificar a afetação de recursos, melhorando o planeamento estratégico das instituições, assim como a qualidade dos cuidados.

RESOURCE UTILIZATION GROUPS

ABSTRACT

KEYWORDS

Aging, physical
fitness, immune
system, immune
system.

The objective of this study was to review, survey and analyze the construction of RUG's (Resource Utilization Groups) in use in various countries. It was found that since its creation in the U.S., several countries have tested this system of classification in the context of institutional care for the elderly. The system has proven to be valid and reliable with good results, explaining the variance of resources used especially for the institutions providing long-term health care and social support.

It was concluded that this classification system has considerable potential for its implementation in Portugal and in many Portuguese-speaking countries.

This system will help to understand the characteristics and true needs of its users by providing evidence-based information for the heads of institutions and policy makers alike. It will also further justify the allocation of resources as well as improve the strategic planning of institutions and quality of care.

^a Mestre em Psicologia do Idoso. Aluno do Programa Doutoral em Geriatria e Gerontologia. Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos – Unifai. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

^b Doutorado em Ciências Biomédicas. Orientador de Doutoramento. Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos – Unifai. Secção Autónoma das Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro.

Dados para correspondência

Hélder Fernandes – Rua Jorge Viterbo Ferreira, 228, 4050-313 Porto (Portugal) Tel. +351 220 428 161
URL: <http://www.unifai.eu> | E-mail: helder@ipb.pt

INTRODUÇÃO

A população mundial continua a envelhecer,¹ e a população portuguesa não fica fora dessa realidade.² No mundo desenvolvido, isso é particularmente verdadeiro para os muito idosos. Essa alteração na sociedade coloca novos desafios de saúde pública, uma vez que grande parte dessa população precisa de cuidados de saúde e apoio social de longa duração.³ Esses cuidados podem ser fornecidos na habitação dos idosos ou em instituições. Apesar dos programas desenvolvidos para a prestação desse tipo de cuidados no domicílio, a institucionalização em Portugal é uma realidade que continua a aumentar.⁴ Um dos problemas dos cuidados institucionais é o alto custo que implica cuidar de uma população cada vez mais frágil, com maiores limitações e dependência. Essa população envelhecida consome maior proporção de cuidados de saúde e de apoio social *per capita* quando em comparação com os jovens, aumentando a carga dos serviços de saúde e apoio social.¹ A prestação de cuidados de qualidade só é possível quando suportada por uma apropriada metodologia de financiamento. No entanto, é difícil projetar uma metodologia para o financiamento dessas instituições, uma vez que o sistema de saúde não funciona como um simples mercado, e o financiamento deve ser politicamente negociado.⁵ O custo dos cuidados institucionais vai depender em grande parte do tipo de usuário e da qualidade de cuidados prestados.⁶ As pessoas idosas, cuja saúde e problemas sociais são diversos e complexos, aumentam significativamente a carga sobre a saúde e os serviços sociais, desafiando governos e decisores políticos. Torna-se pertinente desenvolver um meio fiável que facilite a identificação das necessidades, a medição dos resultados e, nessa medida, a eficácia dos serviços prestados. Essa tarefa é, atualmente, dificultada pela variedade de ambientes em que esses serviços são fornecidos e a diversidade de fornecedores.

Paralelamente ao aumento do número de instituições que prestam cuidados de longa duração a pessoas idosas, verifica-se ainda um aumento na sua capacidade, assim como um contínuo de taxas de ocupação muito elevadas.⁴ Nessas instituições existem usuários com características muito distintas, o que torna complexa a sua gestão e organização. Esses pacientes requerem cuidados específicos, que são diferentes de caso para caso. No entanto, é possível reuni-los em grupos, segundo as necessidades de cuidados. Para isso é importante o reconhecimento do tipo e amplitude de cuidados de que cada paciente necessita, compreender os fatores que influenciam as necessidades de cuidados relativos a um grupo de pacientes, os recursos disponíveis para cuidar desse grupo e o custo desses mesmos recursos. O cálculo do custo dos recursos utilizados por cada usuário é uma dificuldade transversal a vários modelos organizacionais e de gestão. Foram descritas várias abordagens para esse problema. Essas abordagens, no entanto, parecem con-

centrar-se apenas em um tópico, examinando os fatores institucionais, quando na verdade será a necessidade de cuidados individuais um dos principais determinantes do custo.⁷

Nos Estados Unidos, desde a década de 1980, tem-se analisado a forma de otimizar recursos econômicos e humanos para diminuir o custo dos cuidados mantendo alto nível de qualidade de cuidados.⁸ Assim surgiram os “sistemas de classificação de usuários” (*case-mix*), sendo uma ferramenta importante para os gestores e políticos no que se refere aos cuidados de saúde e apoio social.⁹ Esse conceito defende que, apesar de cada usuário ser único, existem características comuns entre os usuários que determinam o nível de serviços e cuidados de que os usuários necessitam, e portanto o seu custo para a instituição pode ser, dessa forma, previsível.¹⁰

Existem dois grandes grupos de sistemas de classificação de usuários: os que dependem do diagnóstico, denominados *Disease Related Groups* (DRG) e os que são independentes do diagnóstico, denominados *Resources Utilization Groups* (RUG).⁸ O primeiro sistema ainda hoje é utilizado, no entanto, meramente em cuidados hospitalares a doentes agudos, por se ter verificado incompatibilidade na aplicação a cuidados de longa duração, como é o caso dos lares de idosos.¹¹ Os RUG explicam melhor a utilização de recursos em instituições que prestam cuidados de longa duração a idosos (53% da variância explicada através do RUG II, comparados com 30-35% explicados pelos DRG).⁸

METODOLOGIA

Inicialmente foi realizada ampla pesquisa da literatura de língua inglesa e portuguesa sobre as palavras-chave “grupos de utilização de recursos”, *Resource Utilization Groups*, “RUG”, respectivamente, na base de dados científica B-ON. Após uma pré-análise da literatura recolhida sobre a construção, evolução e validação do RUG, quando se procurou perceber como foi construído o RUG, as várias alterações que sofreu e os motivos dessas alterações, foi realizada uma pesquisa aos artigos que descrevem a utilização do RUG-III em diferentes países.

RESULTADOS

Esse sistema de classificação categoriza os pacientes nos diferentes grupos segundo características clínicas e recursos utilizados. Permite a comparação de resultados, qualidade dos cuidados e utilização dos recursos. É importante para os gestores e decisores políticos compreenderem os ganhos em saúde que a utilização dos recursos disponíveis com esse sistema de classificação pode representar nesse setor.

O sistema RUG-III classifica os usuários com base na informação recolhida com o instrumento de avaliação de usuários *Resident Assessment Instrument – Minimum Data Set* (RAI-MDS), que se destina a ser utilizado em

cuidados de longa duração a idosos, em que se integram os lares de idosos.

Instrumento de avaliação

O RAI-MDS contém itens que refletem o nível de cuidados que cada usuário necessita, incluindo diagnósticos, tratamentos e uma avaliação do estado funcional. Do RAI-MDS é extraída informação para classificar os usuários no RUG-III através de níveis de utilização de recursos,¹¹ sendo possível a partir dessa classificação aferir o custo do usuário por discriminação positiva, segundo o nível de dependência.

O RAI-MDS foi projetado para ser usado por profissionais de saúde no seu trabalho diário, proporcionando-lhes as informações necessárias para a identificação das necessidades de seus clientes, assim como auxílio no desenvolvimento de planos de cuidados para os problemas identificados. Para os gestores e decisores políticos, os dados gerados pela avaliação são adequados para avaliar a relação entre necessidades, cuidados prestados e resultados.

O RAI-MDS foi contemplado em um conjunto de reformas aprovadas pelo Congresso dos Estados Unidos, tendo sido uma das reformas mais abrangentes nos lares de idosos nos meados da década de 1960, nos Estados Unidos. Essas reformas tinham como um dos objetivos resolver os problemas da qualidade dos cuidados nos lares de idosos e as dificuldades em promover um financiamento coerente. Todavia, essa regulamentação não foi totalmente eficaz.¹² Em um esforço para resolver esses problemas, nos Estados Unidos, em 1983 foi solicitado ao Congresso da Academia Nacional das Ciências e ao Instituto de Medicina uma avaliação da qualidade dos lares de idosos em uma análise focalizando a melhoria da regulamentação desses equipamentos. Uma das recomendações fundamentais foi o desenvolvimento de um sistema de avaliação uniforme e global dos usuários.¹³ Esse fato levou à criação de novas versões desse instrumento, sendo que a versão atual é o RAI-MDS 3.0.

Em Portugal, na tentativa de resolver esse problema, o Instituto da Segurança Social desenvolveu, em 2003, os Modelos de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais. Esses modelos objetivaram igualmente a constituição de um referencial normativo que permitisse avaliar a qualidade dos serviços prestados em lar de idosos e, conseqüentemente, diferenciar positivamente as respostas sociais.¹⁴ No entanto, a sua implementação não é obrigatória.

O RAI-MDS tornou-se bastante atrativo para a comunidade científica internacional e foi por isso adaptado por outros países, tendo inclusive a criação de um grupo internacional de trabalho sobre esse instrumento: o InterRAI.

O InterRAI é um grupo de acadêmicos, médicos e outros profissionais, no total de 45 individualidades de 22 países (ainda aumentando), comprometidos com o

estudo dos cuidados para os idosos com base na utilização da avaliação padronizada a partir do qual os dados podem ser agregados para a formulação de políticas, gestão e pesquisa.¹⁵ Conta com representantes dos seguintes países: Austrália, Canadá, República Tcheca, Finlândia, França, Dinamarca, Alemanha, Hong Kong, Islândia, Israel, Itália, Japão, Holanda, Nova Zelândia, Noruega, Coreia do Sul, Espanha, Suécia, Suíça, Taiwan, Reino Unido e Estados Unidos. Todo o trabalho desse grupo é baseado no RAI-MDS. Desde 1991, o sistema de avaliação foi mandatado em todas as instituições de cuidados pós-agudos nos Estados Unidos e está sendo implementado em muitos outros países. Esse instrumento já foi utilizado em alguns países europeus e pelo Japão.¹⁶ A versão original foi traduzida em várias línguas: tcheco, dinamarquês, holandês, finlandês, francês, alemão, italiano, islandês, japonês, norueguês, sueco e espanhol. A sua fiabilidade e validade foram extensivamente testadas.¹⁷ O RAI poderá assim representar uma espécie de linguagem comum que permitirá aos investigadores de diferentes países e culturas compartilhar dados, comparar as populações e levar a cabo estudos sobre a população idosa que recebe cuidados institucionais de longa duração. O InterRAI acredita que esse instrumento de avaliação, que tem ligação direta com o plano de cuidados multidisciplinar e foi concebido para ser utilizado nas rotinas de serviço, cria novas oportunidades para abordar a prestação de serviços e necessidades de avaliação da saúde do idoso e os serviços de assistência social nas institucionais e ambientes comunitários. O grupo acredita que diferentes países e organizações compartilham problemas fundamentalmente semelhantes nas populações que servem. Dados fiáveis de diversos países podem surgir com novas informações para o debate sobre a melhor forma de gerir o cuidado às pessoas idosas.

Melhorar a qualidade do atendimento e a qualidade de vida dos idosos institucionalizados é um desafio importante e transversal. A implementação do RAI-MDS mostrou-se uma medida científica e prática muito promissora para essas melhorias.¹⁸ Neste momento, o RAI-MDS é utilizado em diversas tipologias de prestação de cuidados de saúde e apoio social: apoio domiciliar, lares de idosos, residências para idosos, cuidados paliativos, cuidados pós-agudos, cuidados em saúde mental, cuidados a deficientes.¹⁷

Os itens do RAI-MDS foram desenhados de forma a proporcionar uma compreensiva visão sobre os problemas, capacidades e preferências dos idosos institucionalizados. Todos os itens foram rigorosamente testados, e esse instrumento pode ser utilizado para fins clínicos, administrativos e de investigação.¹⁹ Com a informação correta, a entidade prestadora de cuidados pode formular um plano de cuidados adequado.

O RAI-MDS é um questionário estruturado, composto por 17 partes. São elas: identificação, audição, fala

e visão, padrões cognitivos, humor e comportamento, preferências nas rotinas e atividades habituais, estado funcional, bexiga e intestino, diagnósticos e doenças ativas, condições de saúde, estado da deglutição/nutricional, condições da pele, medicação, tratamentos especiais e procedimentos, restrições, participação na avaliação e fixação de objetivos, finalizando com uma área de avaliação de cuidados.

A validade e a fiabilidade dos itens do MDS foram testadas em estudos anteriores.^{16, 20-21} Nesses estudos, o método mais utilizado é a validação por dupla avaliação, em que dois avaliadores treinados e independentes avaliam com o MDS a mesma amostra, comparando posteriormente as avaliações. Essas verificações proporcionam credibilidade aos dados que são extraídos do MDS para classificar os usuários nos RUG. Assim consegue-se um sistema de coparticipação por discriminação positiva baseado na situação do usuário e na sua utilização de recursos da instituição.

Sistema de classificação

O sistema implementado em Portugal para o pagamento institucional em lares de idosos e cuidados de longa duração não reconhece explicitamente as diferenças entre residentes na utilização dos recursos. Esse fato torna-se um incentivo para as instituições admitirem usuários com menor grau de dependência, como foi verificado em outros países.²² Relacionar as características dos usuários com os recursos utilizados nas instituições tornou-se pertinente, resultando na criação dos RUG em 1985.⁷ A complexidade da classificação de usuários e a necessidade de uma divisão hierárquica que fizesse mais sentido para os profissionais de saúde na sua prática profissional levou à revisão dos RUG em 1988²² com a criação do RUG-II e, em 1994, com a criação do RUG-III²³ devido à necessidade da utilização em outro tipo de instituições com diferentes modelos de cuidados (principalmente reabilitação). Os estudos de criação e desenvolvimento dos RUG encontram-se comparados na Tabela 1.

Tabela 1 Criação do sistema de classificação RUG

Autor	RUG	Metodologia				Conclusões
		Amostragem	Variável dependente	Variáveis independentes	Tipo de classificação	
Fries, Cooney (1985)	I (9 grupos)	1.469 (426 obs. direta do tempo)	Tempo*	Características do paciente (dicotômicas)	Divisão da amostra em grupos feita através da análise de cluster com AUTOGRP++ (utiliza 4 variáveis)	37,8% de variância explicada O tempo autorregistrado parece ser bom substituto do tempo utilizado por paciente
Schneider <i>et al.</i> (1988)	II (16 grupos)	3.427	Tempo * Desagregação por tipo de profissional**	Características do paciente + serviços utilizados (195 itens)	Classificação por duas divisões: 1. Divisão teórica em categorias major (clínicas) 2. Subcategorias baseadas nas AVD Análise de Cluster com AUTOGRP++ (utiliza 12 variáveis)	53% de variância explicada Introdução de categorias clínicas ajuda a explicar a variância
Fries <i>et al.</i> (1994)	III (44 grupos)	7.658 Mista# Secundária 6.663 Primária 995	Tempo* Desagregação por tipo de profissional** e tipo de tempo+	MDS (350 itens)	Classificação por três divisões: 1. Grupos major de hierarquia clínica 2. Baseada nas AVD 3. Enfermagem de reabilitação, depressão e serviços extensivos Análise de cluster com AUTOGRP++	55% de variância explicada Tem aplicação mais universal devido à heterogeneidade da amostra

* Tempo autorregistrado.

** Tempo de enfermagem, tempo de ajudante de ação direta, tempo combinado (total) por dia; tempo utilizado em terapias por semana (fisioterapia, terapia ocupacional, etc.).

+ Tempo utilizado em cuidados diretos ou indiretos (reuniões, planificação do trabalho).

++AUTOGRP é um software interativo projetado para facilitar a análise rápida de informação médica complexa. Tem sido utilizado para ajudar na compreensão do processo de gestão de assistência, a fim de melhorar a eficácia do processo de decisão, tanto do ponto de vista médico como de gestão. Na análise de cluster, esse software utiliza o AID (Automatic Interactions Detection), dividindo a amostra em subgrupos segundo as variáveis independentes que mais bem explicam a variância da variável dependente.

#Uma vez que a amostra secundária apresentou poucos casos nos grupos que utilizam mais recursos (principalmente reabilitação e cuidados especiais), foram avaliados 995 residentes de instituições de reabilitação e cuidados especiais.

A metodologia utilizada para realizar a classificação RUG foi a análise de *cluster* hierárquica através do AUTOGP. O AUTOGP é um *software* interativo projetado para facilitar a análise rápida de informações médicas complexas. O AUTOGP foi utilizado no estudo do processo de gestão de atendimento dos usuários em uma variedade de configurações, a fim de aumentar a eficácia da tomada de decisões, tanto do ponto de vista médico como de gestão.²⁴

A primeira hierarquia RUG foi criada a partir da análise de *cluster* hierárquica. A avaliação dessa amostra incluiu variáveis demográficas, sociais, mentais, comportamentais, características físicas, atividades da vida diária, diagnósticos, serviços utilizados. Essa primeira classificação apresenta 9 grupos. As variáveis utilizadas para a divisão dos grupos, com incremento significativo na variância explicada na utilização de recursos, são majoritariamente variáveis relacionadas com as atividades da vida diária. Essa divisão parece ter sido pouco atrativa para a prática clínica diária, como se percebe na literatura.²² Surgiu assim a necessidade de criar uma hierarquia teórica, baseada na prática clínica diária e na divisão funcional dos serviços que prestam apoio social e cuidados de saúde a idosos, de modo que o sistema de classificação fosse mais bem recebido pelos profissionais de saúde. A criação dessa nova classificação, RUG-II, teve por base duas divisões dos diferentes grupos: a primeira segundo uma hierarquia clínica teórica e a segunda divisão orientada para o desempenho nas atividades da vida diária. Apenas a divisão em grupos segundo a hierarquia clínica conseguiu explicar a maior taxa de variância na utilização de recursos que a primeira versão do RUG. A introdução da segunda divisão orientada para o desempenho nas atividades da vida diária apresentou aumento significativo na variância explicada. A criação da terceira versão do RUG, o RUG-III, teve fundamento na necessidade de expandir a utilização desse sistema a outras tipologias de instituições, com diferentes modelos organizacionais e cuidados prestados, principalmente cuidados de reabilitação.

O sistema de classificação RUG-III (Tabela 2) tem uma hierarquia clínica com 7 grupos *major*, que são, da maior utilização de recursos para a menor, respectivamente: reabilitação, serviços extensivos, cuidados especiais, clinicamente complexos, declínio cognitivo, problemas de comportamento, condição física reduzida. Os grupos com maior utilização de recursos subdividem-se ainda em subgrupos da hierarquia clínica: reabilitação muito intensa, reabilitação intensa, reabilitação moderada e reabilitação baixa no caso do grupo *major* de reabilitação e serviços extensivos tipos 1, 2 e 3, no caso do grupo *major* de serviços extensivos. Essa hierarquia clínica subdivide-se segundo as características dos usuários, para a obtenção do respectivo RUG, segundo o desempenho nas atividades da vida diária, a utilização de enfermagem

de reabilitação ou a presença de sintomatologia depressiva. Essa divisão hierárquica resulta em 44 grupos.

O grupo *major* de reabilitação inclui os usuários que utilizam terapia da fala, terapia ocupacional e/ou fisioterapia. Em Portugal, a Portaria n.º 67/2012 do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, que define as condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as estruturas residenciais para pessoas idosas, não obriga a ter esses profissionais no pessoal que trabalha nessas instituições, prevendo-se assim que esse grupo *major* em Portugal possa ter poucos usuários ou nenhum.

Para a avaliação do desempenho nas atividades da vida diária foi criado um índice próprio para o RUG, baseado em trabalhos anteriores de avaliação das atividades da vida diária, mas apenas com as atividades que melhor explicam a diferença na utilização de recursos. Assim, o índice de AVD do RUG-III avalia meramente quatro atividades: mobilidade na cama, utilização do banheiro, transferências e alimentação. O desempenho em cada uma dessas atividades é avaliado mediante o tipo de assistência providenciado e o número de funcionários necessários para providenciar a assistência. Essas atividades da vida diária foram incluídas no RUG-III, pois já tinham demonstrado em estudos anteriores^{7,22} serem as atividades de vida diária mais diferenciadoras na utilização de recursos.

O sistema RUG-III, seguindo a internacionalização do RAI-MDS, foi também testado em diversos países.^{5,10-11,25-29} A validação e a variância explicada na utilização de recursos com o RUG em diferentes países encontram-se comparadas na Tabela 3. A validação do RUG é feita, em grande parte dos estudos, por comparação da classificação RUG com o tempo utilizado, calculando as diferenças das médias da utilização de recursos entre os diferentes grupos e verificando a homogeneidade dentro de cada grupo.³⁰ Para recolher o tempo utilizado por cada paciente, o método recorrente nesses trabalhos é o autorregistro. Assim, é pedido a cada profissional que registre o tempo dispensado para a prestação de cuidados a cada paciente. Esses tempos são depois ajustados de acordo com o peso que têm no custo total dos cuidados necessários para o usuário, de acordo com as tabelas salariais em cada país.

Verifica-se que, nos países que testaram o RUG-III, ele demonstrou ter potencial discriminatório na utilização de recursos. Como se pode verificar na Tabela 3, as maiores diferenças na utilização de recursos por grupo (CMI) foi encontrada nos Estados Unidos e na China, sendo que o grupo com maior utilização de recursos chega a utilizar cerca de nove vezes mais recursos que o grupo que utiliza menos recursos. A maior variação explicada foi encontrada nos Estados Unidos, onde o sistema de classificação foi desenvolvido, sendo que nos restantes países a variação explicada, apesar de menor,

Tabela 2 Classificação RUG-III

Hierarquia clínica		Características dos usuários			Nomenclatura do grupo RUG-III
		AVD	Depressão	Enfermagem de reabilitação	
Reabilitação	muito intensa	14-18			RVC
		8-13			RVB
		4-7			RVA
	intensa	15-18			RHD
		12-14			RHC
		8-11			RHB
		4-7			RHA
	moderada	16-18			RMC
		8-15			RMB
		4-7			RMA
	baixa	12-18			RLB
		4-11			RLA
Serviços extensivos	tipo 3				SE3
	tipo 2				SE2
	tipo 1				SE1
Cuidados especiais		17-18			SSC
		14-16			SSB
		7-13			SSA
Clinicamente complexo		17-18	Sim		CD2
			Não		CD1
		11-16	Sim		CC2
			Não		CC1
		6-10	Sim		CB2
			Não		CB1
		4-5	Sim		CA2
			Não		CA1
Declínio cognitivo		6-10		Sim	IB2
				Não	IB1
		4-5		Sim	IA2
				Não	IA1
Problemas de comportamento		6-10		Sim	BB2
				Não	BB1
		4-5		Sim	BA1
				Não	BA1
Condição física reduzida		16-18		Sim	PE2
				Não	PE1
		11-15		Sim	PD2
				Não	PD1
		9-10		Sim	PC2
				Não	PC1
		6-8		Sim	PB2
				Não	PB1
		4-5		Sim	PA2
				Não	PA1

foi satisfatória. A menor variância explicada foi encontrada na China e na Finlândia. Na China, a variância explicada, inferior à maioria dos estudos anteriores, pode ser explicada pela distribuição da amostra, majoritariamente nos grupos com menor necessidade de cuidados, havendo 12 grupos do RUG sem indivíduos. Essa distribuição pode ser explicada pela tipologia de instituições. Na Finlândia, os investigadores foram confrontados com a mesma situação: o fato de haver grupos na classificação sem indivíduos, principalmente os grupos com níveis de utilização de recursos mais elevada, optando por reagrupar os grupos mais elevados, criando assim uma classificação com 22 grupos. Esse sistema de classificação de 22 grupos que deriva do RUG-III mostrou-se funcional para várias tipologias de cuidados dentro do sistema de saúde, chegando mesmo a ser mais prático devido ao reduzido número de variáveis necessárias para a classificação. Na generalidade, o sistema de classificação RUG-III mostrou-se válido e fiável para explicar a variação na utilização de recursos, sendo uma ferramenta útil em instituições que prestam cuidados de longa duração a idosos.

CONCLUSÃO

Esse sistema de classificação de usuários tem demonstrado bons níveis de validade e fiabilidade. A sua implementação em diversos países (Inglaterra, Finlândia, Itália, China, República Tcheca) mostrou-se útil para o financiamento das instituições, cálculo de rácios de pessoal, melhora da qualidade das instituições e tomada de decisão política. O desempenho desse sistema de classificação, paralelamente às potencialidades do RAI-MDS, levou à criação de um grupo, o InterRai, que conta com 45 individualidades de 22 países, o que demonstra o interesse internacional desse instrumento e do respectivo método de avaliação de usuários. O RUG-III poderá ajudar na sustentabilidade e melhora das instituições que prestam apoio social e cuidados de saúde a idosos.

No contexto português, tendo em conta o aumento do número de instituições que prestam cuidados de saúde e apoio social de longa duração a idosos, o aumento da sua lotação e o contínuo de taxas de ocupação elevadas, associado às dificuldades de sustentabilidade, e tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados e serviços presta-

dos, torna-se pertinente a implementação de um sistema de classificação com fins de financiamento que seja transversal a todas as instituições e que possa ser utilizado pela entidade que coordena o funcionamento desse tipo de instituições em nível nacional. No caso do RUG, esse sistema de classificação tem a vantagem de utilizar como

Tabela 3 Comparação da variância explicada com o RUG-III em diferentes países

Autor		Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Gavazzi M, Burke R & Cornelius E (1994)	Ikegami N, Fries BE, Takagi Y, Ikeda S & Ibe T (1994)	Carpenter GI, Main A & Turner GF (1995)	Bjorkgren MA, Hakkinen U, Finne-Soveri UH & Fries BE (1999)	Topinkova E, Neuwirth J, Mellanova A, Stankova M & Haas T (2000)	Brizioli E, Bernabei R, Grechi F, Masera F, Landi F, Bandinelli S et al. (2003)	Chou KL, Chi I & Leung JC (2008)
País		EUA	Japão	Inglaterra e País de Gales	Finlândia**	República Tcheca	Itália	China (Hong Kong)
N	Indivíduos	871	1.975	1.964	1.162	999	1.127	7.658
	Instituições	4	26	10	18	11	7	202
Variação explicada %		55,5	43,8	28,2	38,2	59,0	45,0	28,8
CMI	Mín	0,40*	0,60*	0,42	0,39	0,45	0,52	0,39
	Máx	3,23*	2,20*	2,52	2,71	2,53	1,91	3,68
Conclusões		- Diferencia efetivamente os recursos utilizados pelos residentes - A classificação em 44 grupos explica melhor a diferença na utilização de recursos	- Válido e fiável para medir a utilização de recursos em cuidados de longa duração - A elevada variância explicada na utilização de recursos demonstra que esse sistema é um bom preditor dos custos dos cuidados	- Homogeneidade na utilização de recursos nos grupos RUG-III - Explica bem a variância na utilização de recursos - Ferramenta útil para a gestão de instituições geriátricas	- Foi demonstrada a transferibilidade do RUG-III entre sistemas de saúde - A versão de 22 grupos do RUG-III pode ser especialmente útil em sistemas de informação, pois requer a avaliação de menos itens	- Adequado para cuidado de longa duração - Além de seu uso para incentivos de pagamento, pode ser usado na gestão das instituições, em processo de garantia de qualidade e para a análise comparativa em nível nacional e internacional	- Bom preditor dos recursos utilizados - Enfatiza a necessidade de implementação de um sistema de financiamento baseado nas características e necessidades dos pacientes, e não no tipo de instituição - Ajuda na gestão e controle da qualidade	- Instrumento válido e fiável - A informação que fornece pode servir para desenvolver um sistema de financiamento, perceber os custos e a qualidade dos cuidados

*Dados aproximados retirados de gráficos.

**RUG-III adaptado em uma versão de 22 grupos, devido à inexistência de alguns grupos no sistema de cuidados de longa duração na Finlândia.

REFERÊNCIAS

- Carpenter GI, Phillips CD, Mor V. Introduction. Age and Ageing. 1997 January 1; 26(suppl 2):1.
- Resende Oliveira C. Research on aging in Portugal. Exp Gerontol. 2001 Nov; 36(10):1599-607.
- Lasch V, Reimann K. Ageing and demographic change: European research resources. In: Backes GM, Lasch V, Reimann K, editors. Gender, Health and Ageing: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 2006; 227-40.
- GEP/MTSS. Carta social – rede de serviços e equipamentos 2009. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2009.
- Ikegami N et al. Applying RUG-III in Japanese long-term care facilities. Gerontologist. 1994 Oct; 34(5):628-39.
- Marin PP et al. Assessment of 1497 Chilean nursing home residents, using the Resource Utilization Group method, RUG T-18. Rev Med Chil. 2004 Jun; 132(6):701-6.
- Fries BE, Cooney LM Jr. Resource utilization groups. A patient classification system for long-term care. Med Care. 1985 Feb; 23(2):110-22.
- Carpenter GI, Main A, Turner GF. Casemix for the elderly inpatient: Resource Utilization Groups (RUGs) validation project. Casemix for the Elderly Inpatient Working Group. Age Ageing. 1995 Jan; 24(1):5-13.
- Bjorkgren MA et al. Case-mix adjustment and efficiency measurement. Scand J Public Health. 2004; 32(6):464-71.
- Brizioli E et al. Nursing home case-mix instruments: Validation of the RUG-III system in Italy. Aging Clinical and Experimental Research. 2003 Jun; 15(3):243-53.
- Bjorkgren MA et al. Validity and reliability of Resource Utilization Groups (RUG-III) in Finnish long-term care facilities. Scand J Public Health. 1999 Sep; 27(3):228-34.
- Hawes C et al. Development of the nursing home Resident Assessment Instrument in the USA. Age Ageing. 1997 Sep; 26 Suppl 2:19-25.
- Rahman AN, Applebaum RA. The nursing home Minimum Data Set assessment instrument: Manifest functions and unintended consequences – past, present, and future. Gerontologist. 2009 Dec; 49(6):727-35.
- Instituto da Segurança Social IP. Modelo de avaliação da qualidade - estrutura residencial para idosos. 2006; Disponível em: http://www2.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=21437&m=PDF.
- Fries BE et al. Implementing the Resident Assessment Instrument: Case studies of policy making for long-term care in eight countries. New York: Milbank Memorial Fund, 2003.
- Sgadari A et al. Efforts to establish the reliability of the Resident Assessment Instrument. Age Ageing. 1997 Sep; 26 Suppl 2:27-30.
- Carpenter GI. Accuracy, validity and reliability in assessment and in evaluation of services for older people: the role of the interRAI MDS assessment system. Age Ageing. 2006 Jul; 35(4):327-9.

18. Achterberg WP et al. Effects of the Resident Assessment Instrument on the care process and health outcomes in nursing homes. A review of the literature. *Scand J Rehabil Med.* 1999 Sep; 31(3):131-7.
19. Chou K-L et al. Validation of Minimum Data Set for nursing home in Hong Kong Chinese elders. *Clinical Gerontologist.* 2001; 23(1/2):43-54.
20. Hawes C et al. Reliability estimates for the Minimum Data Set for nursing home resident assessment and care screening (MDS). *Gerontologist.* 1995 Apr; 35(2):172-8.
21. Morris JN et al. Designing the national resident assessment instrument for nursing homes. *Gerontologist.* 1990 Jun; 30(3):293-307.
22. Schneider DP et al. Case mix for nursing home payment: resource utilization groups, version II. *Health Care Financ Rev.* 1988 Dec; Spec No:39-52.
23. Fries BE et al. Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource Utilization Groups (RUG-III). *Med Care.* 1994 Jul; 32(7):668-85.
24. Mills R et al. AUTOGRP: an interactive computer system for the analysis of health care data. *Med Care.* 1976 Jul; 14(7):603-15.
25. Carpenter GI et al. RUG-III and resource allocation: comparing the relationship of direct care time with patient characteristics in five countries. *Age and Ageing.* 1997 Sep; 26:61-5.
26. Carpenter I et al. Identification of registered nursing care of residents in English nursing homes using the Minimum Data Set Resident Assessment Instrument (MDS/RAI) and Resource Utilisation Groups version III (RUG-III). *Age Ageing.* 2003 May; 32(3):279-85.
27. Chou KL, Chi I, Leung JC. Applying Resource Utilization Groups (RUG-III) in Hong Kong nursing homes. *Can J Aging.* 2008 Fall; 27(3):233-9.
28. Francesconi P et al. Classification of residents in nursing homes in Tuscany (Italy) using Resource Utilization Groups Version III (RUG-III). *Aging Clin Exp Res.* 2006 Apr; 18(2):133-40.
29. Topinkova E et al. Case-mix classification in post-acute and long-term care. Validation of Resource Utilization Groups III (RUG-III) in the Czech Republic. *Cas Lek Cesk.* 2000 Feb 2; 139(2):42-8.
30. Cooney LM Jr., Fries BE. Validation and use of resource utilization groups as a case-mix measure for long-term care. *Med Care.* 1985 Feb; 23(2):123-32.
31. Fonseca C et al. Nursing Care indicators to nursing homes. *J Nurs Care [serial on the Internet].* 2012; 1(107).

